




3 1761 11701538 8



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761117015388>

CA1
YC2
-1999
D67



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the
Special Committee on*

Illegal Drugs

Chair:

The Honourable PIERRE CLAUDE NOLIN

Wednesday, August 28, 2002 (*in camera*)

Issue No. 23

Volume 2 of 4

Fifty-second meeting on:

Reassessing Canada's anti-drug legislation
and policies

INCLUDING:
THE FINAL REPORT OF THE COMMITTEE
(Cannabis: Our Position for a
Canadian Public Policy —
Part III - Policies and Practices in Canada)

Première session de la
trente-septième législature, 2001-2002

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du
Comité spécial sur les*

Drogues illicites

Président:

L'honorable PIERRE CLAUDE NOLIN

Le mercredi 28 août 2002 (à huis clos)

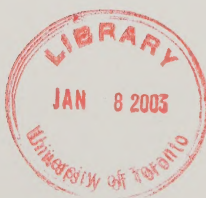
Fascicule n° 23

Volume 2 de 4

Cinquante-deuxième réunion concernant:

Le réexamen des lois et des politiques
antidrogue canadiennes

Y COMPRIS:
LE RAPPORT FINAL DU COMITÉ
(Le cannabis: Positions pour un régime de
politique publique pour le Canada —
Partie III - Politiques et pratiques au Canada)



THE SPECIAL COMMITTEE ON ILLEGAL DRUGS

The Honourable Senator Pierre Claude Nolin, *Chair*

The Honourable Senator Colin Kenny, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

Banks	* Lynch-Staunton
* Carstairs, P.C.	(or Kinsella)
(or Robichaud, P.C.)	Maheu
Forrestall	

** Ex Officio Members*

(Quorum 3)

LE COMITÉ SPÉCIAL SUR LES DROGUES ILLICITES

L'honorable sénateur Pierre Claude Nolin, *président*

L'honorable sénateur Colin Kenny, *vice-président*
et

Les honorables sénateurs:

Banks	* Lynch-Staunton
* Carstairs, c.p.	(ou Kinsella)
(ou Robichaud, c.p.)	Maheu
Forrestall	

** Membres d'office*

(Quorum 3)



Senate

Sénat

CANADA

CANNABIS : *OUR POSITION FOR A CANADIAN PUBLIC POLICY*

REPORT OF THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON ILLEGAL DRUGS

VOLUME II : PART III

CHAIRMAN

DEPUTY CHAIRMAN

PIERRE CLAUDE NOLIN

COLIN KENNY

SEPTEMBER 2002

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION	1
PART I - GENERAL ORIENTATION	5
CHAPTER 1 - OUR MANDATE	7
WORDING	7
ORIGINS	9
INTERPRETATION	10
CHAPTER 2 - OUR WORK	13
TWO WORKING PRINCIPLES	14
STATE OF KNOWLEDGE	15
Research Program	18
Expert Witnesses	19
The Challenge of Synthesis	21
TAKING OPINIONS INTO ACCOUNT	22
INTERPRETING IN LIGHT OF PRINCIPLES	23
CHAPTER 3 - OUR GUIDING PRINCIPLES	25
ETHICS, OR THE PRINCIPLE OF RECIPROCAL AUTONOMY	28
GOVERNANCE: MAXIMIZING THE ACTIONS OF INDIVIDUALS	32
Collective governance	34
Governance of the self	35
The role of governance	37
CRIMINAL LAW AND THE LIMITS OF PROHIBITION	38
Requirement for distinctions	38
Criteria for distinction	40
Application to illegal drugs issues	44
SCIENCE OR APPROXIMATE KNOWLEDGE	45
CONCLUSIONS	49
CHAPTER 4 - A CHANGING CONTEXT	51
CHANGES IN THE INTERNATIONAL SPHERE	51
Globalization and Integration	51
Difficulties of the Security Debate	55
From Anti-Drug Policies to Drug Policies	57
CHANGES IN CANADA	58
Judicial Activism	58
A National Crime Prevention Strategy	59
The Fight Against Organized Crime	59
A SOCIETAL DEBATE	60

PART II - CANNABIS: EFFECTS, TYPES OF USE, ATTITUDES **63**

CHAPTER 5 - CANNABIS : FROM PLANT TO JOINT	65
ONE PLANT, VARIOUS DRUGS	66
CANNABIS ROADS	69
PROPERTIES OF CANNABIS	77
Δ ⁹ THC Concentrations	78
Pharmacokinetics	83
CONCLUSIONS	87
 CHAPTER 6 - USERS AND USES : FORM, PRACTICE, CONTEXT	 89
PATTERNS OF USE	90
Consumption by the population as a whole	91
Consumption among young people	94
Use patterns in other countries	101
To summarize	108
PATTERNS AND CIRCUMSTANCES OF USE	111
Cannabis in History	111
Trajectories of Use	113
Factors Related to Use	119
To summarize	124
STEPPING STONE TOWARDS OTHER DRUGS?	125
CANNABIS, VIOLENCE AND CRIME	127
CONCLUSIONS	128
 CHAPTER 7 - CANNABIS : EFFECTS AND CONSEQUENCES	 131
EFFECTS AND CONSEQUENCES OF CANNABIS: WHAT WE WERE TOLD	134
ACUTE EFFECTS OF CANNABIS	139
CONSEQUENCES OF CHRONIC USE	143
Physiological Consequences of Chronic Use	143
Cognitive and Psychological Consequences	148
Behavioural and Social Consequences	152
TOLERANCE AND DEPENDENCE	152
Cannabis Dependence	154
Severity of Dependence	160
Tolerance	162
To summarize	163
CONCLUSIONS	164
 CHAPTER 8 - DRIVING UNDER THE INFLUENCE OF CANNABIS	 167
FORMS OF TESTING	170
EPIDEMIOLOGICAL DATA	175
Studies not involving accidents	175
Studies where an accident was involved	176
Epidemiological studies on youth	179

Risk assessment	180
EXPERIMENTAL STUDIES	182
Non-driving activities	183
While driving	184
CONCLUSIONS	188
 CHAPTER 9 - USE OF MARIJUANA FOR THERAPEUTIC PURPOSES	 191
HISTORY	196
CONTEMPORARY KNOWLEDGE	197
Therapeutic uses	198
Marijuana as a drug?	200
CURRENT THERAPEUTIC PRACTICES	203
CONCLUSIONS	205
 CHAPTER 10 - CANADIANS' OPINIONS AND ATTITUDES	 209
THE MEDIA	210
SURVEYS	215
ATTITUDES AND OPINIONS SHARED WITH THE COMMITTEE	221
CONCLUSIONS	224
 PART III - POLICIES AND PRACTICES IN CANADA	 225
 CHAPTER 11 - A NATIONAL DRUG STRATEGY?	 227
PHASE I - DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION	228
Creation of the Canadian Centre on Substance Abuse	233
Creation of Canada's Drug Strategy Secretariat	236
PHASE II - RENEWAL	237
PHASE III - RENEWAL WITHOUT SPECIFIED FUNDING	240
CANADA'S DRUG STRATEGY - A SUCCESS?	241
CONCLUSIONS	243
 CHAPTER 12 - THE NATIONAL LEGISLATIVE CONTEXT	 245
1908-1960: HYSTERIA	248
Opium Act, 1908	252
The Opium and Narcotic Drug Act, 1911	253
Amendments to the Opium and Narcotic Drug Act (1920-1938)	255
Amendments to the Act to Amend the Opium and Narcotic Drug Act in 1954	263
Senate Report of 1955	264
FROM 1960 TO THE LE DAIN COMMISSION: THE SEARCH FOR REASONS	268
Narcotic Control Act (1961)	268
An Act respecting Food and Drugs and Barbiturates (1961)	270
The Le Dain Commission (1969-1973)	272
Bill S-19 and Cannabis	283
AFTER LE DAIN: FORGING AHEAD REGARDLESS	284
Controlled Drugs and Substances Act	286
CONCLUSIONS	295

CHAPTER 13 - REGULATING THERAPEUTIC USE OF CANNABIS	297
BACKGROUND TO THE RECENT REGULATIONS	298
Section 56 – Controlled Drugs and Substances Act	298
Charter Challenges – Therapeutic Use of Marijuana	299
Government Reaction	302
MARIHUANA MEDICAL ACCESS REGULATIONS	302
Authorization to Possess	303
Licence to Produce	306
Other Provisions	307
COMPASSIONATE ACCESS?	308
Eligibility	309
Access to cannabis	312
Products	316
Costs	316
RESEARCH PLAN	317
Scientific Research	318
Research-Grade Marijuana	320
CONCLUSIONS	321
CHAPTER 14 - POLICE PRACTICES	323
ENFORCEMENT AGENCIES	323
RCMP	323
CHARGES UNDER THE CONTROLLED DRUGS AND SUBSTANCES ACT IN 1999	326
TheCanada Customs and Revenue Agency	326
Provincial and Municipal Police	328
COSTS	328
POLICE POWERS	333
Searches and Seizures	335
Entrapment and Illegal Activity	347
Conclusion	352
STATISTICS	353
Reported Incidents	353
Charges	356
Concerns	359
Customs Act - Fines	361
SEIZURES	362
CONCLUSIONS	364
CHAPTER 15 - THE CRIMINAL JUSTICE SYSTEM	367
PROSECUTION	367
COURTS	368
Drug Treatment Courts	369
DISPOSITION AND SENTENCING	372
CORRECTIONS	376
CRIMINAL RECORD	379
COURT CHALLENGES	382
CONCLUSIONS	387

CHAPTER 16 - PREVENTION	389
INITIATIVES THAT FALL SHORT OF THE MARK	393
Not enough prevention	394
Prevention lacks focus	396
There is not enough evaluation of preventive measures	397
Preventive and social messages in contradiction	398
There is a body of knowledge on which we have to draw	399
PREVENTING WHAT AND HOW?	400
RISK REDUCTION AND HARM REDUCTION	410
CONCLUSIONS	412
 CHAPTER 17 - TREATMENT PRACTICES	 415
CANNABIS DEPENDENCY	415
FORMS OF TREATMENT	421
EFFECTIVENESS OF TREATMENT	423
CONCLUSIONS	426
 CHAPTER 18 - OBSERVATIONS ON PRACTICES	 427
DIFFICULTIES IN HARMONIZING THE PLAYERS	427
INCONGRUITIES OF APPROACH	429
SIGNIFICANT ECONOMIC AND SOCIAL COSTS	431
 PART IV - PUBLIC POLICY OPTIONS	 437
 CHAPTER 19 - THE INTERNATIONAL LEGAL ENVIRONMENT	 439
A GENEALOGY	440
The 1909 Shanghai Conference	443
The 1912 Hague International Opium Convention	444
The 1925 Geneva Opium Conventions	446
The 1931 Geneva Narcotics Manufacturing and Distribution Limitation Convention / 1931 Bangkok Opium Smoking Agreement	447
The 1936 Geneva Convention for the Suppression of the Illicit Traffic in Dangerous Drugs	448
The Second World War	449
The 1946 Lake Success Protocol	449
The 1948 Paris Protocol	450
The 1953 New York Opium Protocol	450
THE THREE CURRENT CONVENTIONS	451
The Single Convention on Narcotic Drugs, 1961	451
Convention on Psychotropic Substances	455
Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961	460
Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances	462
SOME LEEWAY?	464
CONCLUSIONS	468

CHAPTER 20 - PUBLIC POLICIES IN OTHER COUNTRIES	469
FRANCE	470
Different Forms of Logic	470
An Integrated Public Policy	472
Legislative Framework	474
Key Reports	477
Statistics on Use and Offences	481
Costs	483
THE NETHERLANDS	485
Dutch Pragmatism?	486
Essential Experts Reports	488
Legislation	493
The Coffee Shop System	496
Data on Use	498
UNITED KINGDOM	502
Ten-Year Strategy to Battle Drugs	502
Legislative Framework	503
Other Relevant Legislation in the Field of Drug Misuse	505
Debate in the UK	506
Recent Key Reports and Studies	507
Administration	515
Costs	515
Statistics	516
SWEDEN	518
National Strategy	520
Legislative Framework	523
Debate in Sweden	525
Recent Reports	526
Costs	528
Administration	528
Statistics	529
SWITZERLAND	531
A Harm Reduction Policy	531
The Legal Framework	538
A Bill to Decriminalize Cannabis	539
Administration of Swiss Drug Policy	542
Statistics on Narcotics Use and Offences under the Narcotics Act	544
AUSTRALIA	546
National Drug Strategy	546
Legislative Framework	551
Decriminalization in Australia	554
Administration	556
Statistics	557
UNITED STATES	560
The Federal-State Legislative Framework	560
Current Legislation and Enforcement	563
Federal Drug Policy Goals and Objectives	570
Administration of the Policy	572
Current Issues and Debates	575

Statistics	576
CHAPTER 21 - PUBLIC POLICY OPTIONS	581
INEFFECTIVENESS OF CRIMINAL POLICIES	583
Impact on Consumption	583
Impact on Supply	589
Conclusion	590
GENERAL ECONOMY OF A PUBLIC POLICY ON CANNABIS	591
COMPONENTS OF A PUBLIC POLICY	593
Strong Decision-making Body	593
Interconnection	594
A Shared Definition of Shared Objectives	594
Information Tools	594
LEGISLATIVE OPTIONS	595
Clarification of criminology	595
Criteria for a Legal Policy on Cannabis	602
 CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS	 607
LE DAIN – ALREADY THIRTY YEARS AGO	607
INEFFECTIVENESS OF THE CURRENT APPROACH	609
PUBLIC POLICY BASED ON GUIDING PRINCIPLES	610
A CLEAR AND COHERENT FEDERAL STRATEGY	611
NATIONAL STRATEGY SUSTAINED BY ADEQUATE RESOURCES AND TOOLS	612
A PUBLIC HEALTH POLICY	614
A REGULATORY APPROACH TO CANNABIS	617
A COMPASSION-BASED APPROACH FOR THERAPEUTIC USE	618
PROVISIONS FOR OPERATING A VEHICLE UNDER THE INFLUENCE OF CANNABIS	619
RESEARCH	620
CANADA’S INTERNATIONAL POSITION	621
 PROPOSALS FOR IMPLEMENTING THE REGULATION OF CANNABIS FOR THERAPEUTIC AND RECREATIONAL PURPOSES	 623
 BIBLIOGRAPHY	 627

GLOSSARY OF KEY TERMS

Abuse

Vague term with a variety of meanings depending on the social, medical and legal contexts. Some equate any use of illicit drugs to abuse: for example, the international conventions consider that any use of drugs other than for medical or scientific purposes is abuse. The Diagnosis and Statistical Manual of the American Psychiatric Association defines abuse as a maladaptive pattern of substance use leading to clinically significant impairment or distress as defined by one or more of four criteria (see chapter 7). In the report, we prefer the term excessive use (or harmful use).

Acute effects

Refers to effects resulting from the administration of any drug and specifically to its short term effects. These effects are distinguished between central (cerebral functions) and peripheral (nervous system). Effects are dose-related.

Addiction

General term referring to the concepts of tolerance and dependency. According to WHO addiction is the repeated use of a psychoactive substance to the extent that the user is periodically or chronically intoxicated, shows a compulsion to take the preferred substance, has great difficulty in voluntarily ceasing or modifying substance use, and exhibits determination to obtain the substance by almost any means. Some authors prefer the term addiction to dependence, because the former also refers to the evolutive process preceding dependence. (toxicomanie a de l'information additionnelle)

Agonist

A substance that acts on receptor sites to produce certain responses.

Anandamide

Agonist neurotransmitter of the endogenous cannabinoid system. Although not yet fully understood in research, these neurotransmitters seem to act as modulators, THC increasing the liberation of dopamine in nucleus accumbens and cerebral cortex.

At-risk use

Use behaviour which makes users at-risk of developing dependence to the substance.

Cannabinoids

Endogenous receptors of the active cannabis molecules, particularly 9-THC. Two endogenous receptors have been identified: CB1 densely concentrated in the hippocampus, basal ganglia, cerebellum and cerebral cortex, and CB2, particularly abundant in the immune system. The central effects of cannabis appear to be related only to CB1.

Cannabis

Three varieties of the cannabis plant exist: *cannabis sativa*, *cannabis indica*, and *cannabis ruderalis*. *Cannabis sativa* is the most commonly found, growing in almost any soil condition. The cannabis plant has been known in China for about 6000 years. The flowering tops and leaves are used to produce the smoked cannabis. Common terms used to refer to cannabis are pot, marihuana, dope, ganja, hemp. Hashish is produced from the extracted resin. Classified as a psychotropic

drug, cannabis is a modulator of the central nervous system. It contains over 460 known chemicals, of which 60 are cannabinoids. Delta-9-tétrahydrocannabinol, referred to as THC, is the principal active ingredient of cannabis. Other components such delta-8-tétrahydrocannabinol, cannabidiol and cannabidiol are present in smaller quantities and have no significant impacts on behaviour or perception. However, they may modulate the overall effects of the substance.

Chronic effects

Refers to effects which are delayed or develop after repeated use. In the report we prefer to use the term consequences of repeated use rather than chronic effects.

Commission on narcotic drugs (CND)

The Commission on Narcotic Drugs (CND) was established in 1946 by the Economic and Social Council of the United Nations. It is the central policy-making body within the UN system for dealing with all drug-related matters. The Commission analyses the world drug abuse situation and develops proposals to strengthen international drug control.

Decriminalization

Removal of a behaviour or activity from the scope of the criminal justice system. A distinction is usually made between *de jure decriminalization*, which entails an amendment to criminal legislation, and *de facto decriminalization*, which involves an administrative decision not to prosecute acts that nonetheless remain against the law. Decriminalization concerns only criminal legislation, and does not mean that the legal system has no further jurisdiction of any kind in this regard: other, non-criminal, laws may regulate the behaviour or activity that has been decriminalized (civil or regulatory offences, etc.).

Diversion

The use of measures other than prosecution or a criminal conviction for an act that nonetheless remains against the law. Diversion can take place before a charge is formally laid, for example if the accused person agrees to undergo treatment. It can also occur at the time of sentencing, when community service or treatment may be imposed rather than incarceration.

Depenalisation

Modification of the sentences provided in criminal legislation for a particular behaviour. In the case of cannabis, it generally refers to the removal of custodial sentences.

Dependence

State where the user continues its use of the substance despite significant health, psychological, relational, familial or social problems. Dependence is a complex phenomenon which may have genetic components. Psychological dependence refers to the psychological symptoms associated with craving and physical dependence to tolerance and the adaptation of the organism to chronic use. The American Psychiatric Association has proposed seven criteria (see chapter 7).

Dopamine

Neuromediator involved in the mechanisms of pleasure.

Drug

Generally used to refer to illicit rather than licit substances (such as nicotine, alcohol or medicines). In pharmacology, the term refers to any chemical agent that alters the biochemical

or physiological processes of tissues or organisms. In this sense, the term drug refers better to any substance which is principally used for its psychoactive effects.

European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

The European Monitoring Centre was created in 1993 to provide member states objective, reliable and comparable information within the EU on drugs, drug addictions and their consequences. Statistical information, documents and techniques developed in the EMCDDA are designed to give a broad perspective on drug issues in Europe. The Centre only deals with information. It relies on national focal points in each of the Member States.

Fat soluble

Characteristic of a substance to irrigate quickly the tissues. THC is highly fat-soluble.

Gateway (theory)

Theory suggesting a sequential pattern in involvement in drug use from nicotine to alcohol, to cannabis and then “hard” drugs. The theory rests on a statistical association between the use of hard drugs and the fact that these users have generally used cannabis as their first illicit drug. This theory has not been validated by empirical research and is considered outdated.

Half-life

Time needed for the concentration of a particular drug in blood to decline to half its maximum level. The half-life of THC is 4.3 days on average but is faster in regular than in occasional users. Because it is highly fat soluble, THC is stored in fatty tissues, thus increasing its half life to as much as 7 to 12 days. Prolonged use of cannabis increases the period of time needed to eliminate it from the system. Even one week after use, THC metabolites may remain in the system. They are gradually metabolised in the urine (one third) and in feces (two thirds). Traces of inactive THC metabolites can be detected as many as 30 days after use.

Hashish

Resinous extract from the flowering tops of the cannabis plant and transformed into a paste.

International Conventions

Various international conventions have been adopted by the international community since 1912, first under the Society of Nations and then under the United Nations, to regulate the possession, use, production, distribution, sale, etc., of various psychotropic substances. Currently, the three main conventions are the 1961 Single Convention, the 1971 Convention on Psychotropic Substance and the 1988 Convention against Illicit Traffic. Canada is a signatory to all three conventions. Subject to countries' national constitutions, these conventions establish a system of regulation where only medical and scientific uses are permitted. This system is based on the prohibition of source plants (coca, opium and cannabis) and the regulation of synthetic chemicals produced by pharmaceutical companies.

International Narcotics Control Board (INCB)

The Board is an independent, quasi-judicial organisation responsible for monitoring the implementation of the UN conventions on drugs. It was created in 1968 as a follow up to the 1961 Single Convention, but had predecessors as early as the 1930s. The Board makes recommendations to the UN Commission on Narcotics with respect to additions or deletions in the appendices of the conventions.

Intoxication

Disturbance of the physiological and psychological systems resulting from a substance. Pharmacology generally distinguishes four levels: light, moderate, serious and fatal.

Joint

Cigarette of marijuana or hashish with or without tobacco. Because joints are never identical, scientific analyses of the effects of THC are more difficult, especially in trying to determine the therapeutic benefits of cannabis and to examine its effects on driving.

Legalisation

Regulatory system allowing the culture, production, marketing, sale and use of substances. Although none currently exist in relation to «street-drugs» (as opposed to alcohol or tobacco which are regulated products), a legalisation system could take two forms: without any state control (free markets) and with state controls (regulatory regime).

Marijuana

Mexican term originally referring to a cigarette of poor quality. Has now become equivalent for cannabis.

Narcotic

Substance which can induce stupor or artificial sleep. Usually restricted to designate opiates. Sometimes used incorrectly to refer to all drugs capable of inducing dependence.

Office of national drug control policy (ONDCP) USA

Created in 1984 under the Reagan presidency, the Office is under the direct authority of the White House. It coordinates US policy on drugs. Its budget is currently US \$18 billion.

Opiates

Substance derived from the opium poppy. The term opiate excludes synthetic opioids such as heroin and methadone.

Prohibition

Historically, the term designates the period of national interdiction of alcohol sales in the United States between 1919 and 1933. By analogy, the term is now used to describe UN and State policies aiming for a drug-free society. Prohibition is based on the interdiction to cultivate, produce, fabricate, sell, possess, use, etc., some substances except for medical and scientific purposes.

Psychoactive substance

Substance which alters mental processes such as thinking or emotions. More neutral than the term “drug” because it does not refer to the legal status of the substance, it is the term we prefer to use.

Psychotropic substance (see also psychoactive)

Much the same as psychoactive substance. More specifically however, the term refers to drugs primarily used in the treatment of mental disorders, such as anxiolytic, sedatives, neuroleptics, etc. More specifically, refers to the substances covered in the 1971 Convention on Psychotropic Substances.

Regulation

Control system specifying the conditions under which the cultivation, production, marketing, prescription, sales, possession or use of a substance are allowed. Regulatory approaches may rest on interdiction (as for illegal drugs) or controlled access (as for medical drugs or alcohol). Our proposal of an exemption regime under the current legislation is a regulatory regime.

Society of Nations (SDN)

International organisation of States until 1938; now the United Nations.

Tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC)

Main active component of cannabis, Δ^9 -THC is very fat-soluble and has a lengthy half-life. Its psychoactive effects are modulated by other active components in cannabis. In its natural state, cannabis contains between 0.5% to 5% THC. Sophisticated cultivation methods and plant selection, especially female plants, leads to higher levels of THC concentration.

Tolerance

Reduced response of the organisms and increased capacity to support its effects after a more or less lengthy period of use. Tolerance levels are extremely variable between substances, and tolerance to cannabis is believed to be lower than for most other drugs, including tobacco and alcohol.

Toxicity

Characteristic of a substance which induces intoxication, i.e., "poisoning". Many substances, including some common foods, have some level of toxicity. Cannabis presents almost no toxicity and cannot lead to an overdose.

United Nations Drug Control Program (UNDCP)

Established in 1991, the Programme works to educate the world about the dangers of drug abuse. The Programme aims to strengthen international action against drug production, trafficking and drug-related crime through alternative development projects, crop monitoring and anti-money laundering programmes. UNDCP also provides accurate statistics through the Global Assessment Programme (GAP) and helps to draft legislation and train judicial officials as part of its Legal Assistance Programme. UNDCP is part of the UN Office for Drug Control and the Prevention of Crime.

World Health Organization (WHO)

The World Health Organization, the United Nations specialized agency for health, was established on 7 April 1948. WHO's objective, as set out in its Constitution, is the attainment by all peoples of the highest possible level of health. Health is defined in WHO's Constitution as a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

PART III

POLICIES AND PRACTICES IN CANADA

CHAPTER 11

A NATIONAL DRUG STRATEGY?

There is no arguing that both licit and illicit psychoactive substances affect Canadians in many ways, both positively and negatively, both directly and indirectly. In addition, no one would dispute the fact that psychoactive substance use (again, both licit and illicit) is a widespread phenomenon, not only on the part of adults but also among the youths of this country. Because of the potential problems for those who abuse psychoactive substances, dealing with this issue should be a matter of serious concern for any government, and for society as a whole.

Based on the importance of the subject, it would probably surprise many Canadians to learn that only from 1987 to 1993 did Canada have a fully funded national drug strategy. It is true that Canada has had legislation dealing with the use of psychoactive substances since the passage of the *Opium Act* in 1908. This Act was followed by several pieces of criminal legislation over the years that increased federal enforcement powers over psychoactive substances and expanded the list of illicit substances.¹ These pieces of legislation have historically focused on the supply of psychoactive substances, adopting a prohibitionist approach to use. It is widely acknowledged, however, that a more balanced approach is required if one is to deal effectively with those who abuse psychoactive substances.

This chapter will recount the development and implementation of the 1987 National Drug Strategy, which had as an objective the promotion of a balanced approach to the problem of psychoactive substance abuse. This will be followed by a discussion of what became of the national strategy and whether its goals have been achieved.

¹ A discussion of Canada's legislative history in regard to psychoactive substances can be found in Chapter 12.

PHASE I - DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION

In May 1987, the federal government announced a \$210-million, five-year action plan to curb drug abuse. The government stated that the action plan was in response to mounting concerns regarding increasing rates of drug-related problems. Others have suggested that “(t)his strong political action was undoubtedly influenced by the latest American War on Drugs.”²

The National Drug Strategy (NDS), *Action on Drug Abuse*, was launched by the then Minister of National Health and Welfare, who was the lead Minister in the federal effort to curb drug abuse.³ Several other departments also participated in the first interdepartmental attempt to co-ordinate Canada’s response to its drug abuse problem. It was believed that there was a need for a coordinated, strategic approach to the problem of drug abuse in Canada. The overall objective of the NDS was “to reduce the harm to individuals, family and communities from the abuse of alcohol and other drugs through a balanced approach that is acceptable to Canadians.”⁴ Other partners included provincial and municipal governments, business, law enforcement agencies, and professional and voluntary organizations.

The federal government recognized that, in the past, the emphasis of its involvement in this area had been largely restricted to supply control measures. Meanwhile, communities, provinces and territories, and many professional and volunteer groups, had focused their efforts on reducing the demand for drugs, through prevention and treatment programs. Given the division of constitutional powers in Canada, this separation of responsibilities is not altogether surprising. It does, however, impose limits on the establishment of a comprehensive national framework.

*The division of powers between Canadian provinces and the federal government has made concerted, comprehensive action against drug and alcohol abuse very difficult to achieve. For example, most program strategies aimed at prevention are generally seen as part of the health or education systems; matters of provincial jurisdiction over which the federal government has little direct control. However, while enforcement activities are controlled at the local level, for the most part, the authority derives from federal powers, and the control largely remains with the federal government.*⁵

In developing the NDS, the federal government noted that, within the provinces and territories, and at the community level, many innovative programs of drug counselling, therapy and rehabilitation had been initiated. It also recognized that much

² Giffen, P.J., Endicott, S. and S. Lambert, (1991) *Panic and Indifference: The Politics of Canada’s Drug Laws*, Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse, page 587.

³ Government of Canada, News Release, *Federal Government Launches Co-ordinated Action on Drug Abuse*, 25 May 1987.

⁴ Government of Canada, *Action on Drug Abuse: Making a Difference*, 1988, page 5.

⁵ Giffen, P.J., *op. cit.*, page 585.

of the program expertise existed at the provincial level. What was lacking, however, was a strong mechanism for national collaboration. The government believed that the NDS provided such a comprehensive national framework and viewed it as “a co-operative program that combines the efforts and resources of the federal government with those of all provincial and territorial governments and addiction agencies across Canada.”⁶

The government identified six core components of the NDS: education and prevention; enforcement and control; treatment; international cooperation; research and information; and national focus. Of the \$210 million in new federal funds allocated to enhance existing programs and to fund new initiatives, \$20 million was allocated for the first year, \$40 million for the second year, and \$50 million for the last three years of the strategy. A significant amount (70%) of the resources was committed to education and prevention (32%) and treatment and rehabilitation (38%); 20% was committed to enforcement and control; and the other 10% to information and research (6%), international co-operation (3%) and national focus (1%).⁷ The government noted that, while enforcement agencies were given more resources to combat supply, most of the money was allocated to address the demand for psychoactive substances, thus providing a better balance between reducing both the demand for drugs and reducing their supply.⁸ According to information received from Health Canada, the resources were generally spent as planned.

In order to illustrate the comprehensive nature of the NDS, the following sets out the goals and initiatives announced during the week of its launch:

Prevention, treatment, research, control components⁹

❖ To create improved public awareness and information:

- A media campaign, developed in consultation with provinces;
- Federal endorsement of Drug Awareness Week;
- Telephone information lines.

❖ To encourage involvement in prevention activities:

- Support for a range of prevention initiatives developed within local communities;
- Support for the development of innovative and improved treatment services at the community level;

⁶ Government of Canada, *Action on Drug Abuse: Making a Difference*, 1988, page 7.

⁷ *Ibid.*

⁸ From 1987 to 1991, an additional \$19.5 million was provided for the Driving While Impaired (DWT) Strategy. The DWI strategy included national awareness programs, driver education curricula, national surveys and hundreds of local initiatives aimed at making drinking and driving socially unacceptable to Canadians.

⁹ Government of Canada, *National Drug Strategy: Prevention, Treatment, Research, Control Components*, 25 May, 1987.

- Development and expansion of training and training materials;
 - A National Action Conference on Drug Abuse.
- ❖ To encourage prevention initiatives targeted to particular groups:
- Efforts to encourage youth employment activities that improve life-skills development as well as employability;
 - Support for demonstration projects by police to develop new prevention initiatives for youth in school, and for urban youth at risk and Aboriginal communities;
 - A review of all current programming directed at drug abuse among Aboriginal people;
 - New initiatives focussed particularly at Aboriginal youth;
 - Support for northern communities wishing to exchange experiences with other Arctic Rim communities on drug abuse issues.
- ❖ To encourage more effective treatment services tailored to specific needs:
- An examination of future federal cost-sharing of new or expanded drug and alcohol treatment and rehabilitation programs;
 - Measures to improve detection of drug abuse by health professionals and to support their rehabilitation;
 - Establishment of an advisory committee on methadone and measures to prevent diversion of methadone;
 - Development of training materials and information for health care professionals and others working in the addictions field;
 - A review of current efforts to address the problem of drugs in the workplace;
 - Continued efforts to eliminate the use of banned drugs in sport within Canada and internationally.
- ❖ To update and improve Canada's drug laws and regulations:
- New legislation to replace the outdated *Narcotics Control Act* and *Food and Drugs Act*;
 - Improved co-ordination among federal organizations and with provinces to improve regulatory control of drug use;
 - Increased federal capacity for drug identification, analysis and monitoring;
 - Co-ordinated policies concerning illegal supply of drugs in Canada.
- ❖ To improve the knowledge base in the drug abuse field:

- Support research on patterns and trends in the drug abuse field and on prevention and treatment;
 - A study and recommendations on priority data needs.
- ❖ To ensure a long-term commitment to the drug abuse field where long-term solutions are needed:
- A Task Force to review different means of ensuring that provincial expertise and experience can be made available for the benefit of the country as a whole and to ensure national ongoing commitment to promoting the study and prevention of drug abuse.

Enforcement components¹⁰

- ❖ To provide strengthened and co-ordinated drug law enforcement:
- Strengthening of the RCMP's drug intelligence capabilities and liaison with other forces;
 - A co-ordinated approach to improved coastal enforcement against drug smuggling;
 - Improved co-ordination of drug law enforcement at the federal level as well as between federal and provincial organizations.
- ❖ To help take the profit out of illegal drug trafficking:
- Expansion of the RCMP's Anti-Drug Profiteering Program and improved public awareness of program activities and objectives;
 - Improved techniques for tracing illicit funds will be developed.
- ❖ To strengthen Canada's international efforts:
- RCMP special training in drug enforcement for police officers of selected drug source or transit countries.
- ❖ To create improved public awareness and information about drug abuse:
- An expansion in the RCMP's capacity across the country to promote drug awareness.
- ❖ To address the problems of drug abuse in federal correctional institutions:
- A study will be undertaken on drug use among inmates and on the effectiveness of current treatment programs in correctional institutions;
 - Improved drug control in penitentiaries;

¹⁰ Government of Canada, *National Drug Strategy: Enforcement Components*, 26 May 1987.

- Development of programs for inmates with drug abuse problems to help them cope better after their release;
- Improved prevention through training for staff and development of information programs for inmates.

Interdiction components¹¹

- ❖ To strengthen Canada Customs' capacity to interdict illegal drugs entering Canada:
 - Expansion of Canada Customs resources to strengthen capability in the critical areas of targeting and examination of high-risk cargo shipments and travellers in all modes of transportation, and of high-risk mail;
 - Development and acquisition of X-ray equipment to increase drug detection capabilities during the examination of cargo, baggage and mail;
 - Expansion of the Canada Customs Detector Dog Service to provide service in all Customs regions across Canada, and increase our present capabilities at high-volume points of entry;
 - Enhanced training to Customs Inspectors in the identification of drug couriers and high-risk commercial shipments: this training will increase the awareness of Customs Inspectors relating to the identification of indicators (characteristics) that may be present during the examination of a person or commercial shipment;
 - Expansion of Canada Customs involvement in the Crime Stoppers programs of municipal police forces across Canada;
 - Co-operation with airlines and shipping companies engaged in the international transport of people and goods, with a view to Canada Customs obtaining assistance in the detection of illicit drugs destined for Canada;
 - Co-operation with foreign Customs services in targeting in-transit drug couriers.
- ❖ To ensure appropriate immigration policies:
 - Review of immigration policy on drug traffickers.

International components¹²

- ❖ To ensure that Canada plays an active role in international forums on drug abuse:

¹¹ Government of Canada, *National Drug Strategy: Interdiction Components*, 27 May 1987.

¹² Government of Canada, *National Drug Strategy: International Components*, 28 May 1987.

- Canada's active participation at the International Conference on Drug Abuse and Illicit Trafficking to be held in Vienna, 17-26 June 1987;
- Accession to the 1971 United Nations Convention on Psychotropic Substances;
- Increase in Canada's contribution to the United Nations Fund for Drug Abuse Control (UNFDAC) to a target level of \$1 million by 1991;
- Inclusion of reduction of drug abuse as a factor in considering requests for assistance under Official Development Assistance;
- Hosting of an international conference of experts on Recommended Methods for Testing Drugs of Abuse.

❖ To improve public awareness and information:

- Information for Canadians travelling abroad about the hazards of illicit drug possession in other countries.

Proceeds of crime components¹³

❖ To take the profit out of illicit drug trafficking:

- Proceeds of Crime legislation to reduce the profitability of drug trafficking.

Creation of the Canadian Centre on Substance Abuse

The Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) was created by an act of Parliament in 1988. It is a non-governmental organization with the aim to promote *"increased awareness on the part of Canadians of matters relating to alcohol and drug abuse and their increased participation in the reduction of harm associated with such abuse, and to promote the use and effectiveness of programs of excellence that are relevant to alcohol and drug abuse."*¹⁴ This is to be done by:

- ❖ Promoting and supporting consultation and co-operation among governments, the business community and labour, professional and voluntary organizations in matters relating to alcohol and drug abuse;
- ❖ Contributing to the effective exchange of information on alcohol and drug abuse;
- ❖ Facilitating and contributing to the development and application of knowledge and expertise in the alcohol and drug abuse field;
- ❖ Promoting and assisting in the development of realistic and effective policies and programs aimed at reducing the harm associated with alcohol and drug abuse; and

¹³ Government of Canada, *National Drug Strategy: Proceeds of Crime Components*, 29 May 1987.

¹⁴ *Canadian Centre on Substance Abuse Act*, R.S., 1985, c. 49 (4th Supp.), s. 3.

awareness of Canadians of addictions issues, and influencing and informing CCSA's key target audiences.

❖ Network Development

- Goal 5: To develop, co-ordinate and support networks that facilitate the sharing and application of information and expertise.

❖ Information and Reference Service

- Goal 6: To maintain an efficient and responsive information and reference service.

❖ Administration/Management

- Goal 7: To organize the policy, administrative and human resource functions in an effective and financially responsible manner.¹⁸

An important contribution of the CCSA is the establishment of a Clearinghouse on Substance Abuse, which links all major sources of information on alcohol and other drugs in a single computer network.

The CCSA, which is within the portfolio of the Minister of Health, is structured as a corporation, with a chair and a board of directors. It is funded by the NDS and through its own revenue-generating efforts. The CCSA was originally allocated an annual \$2 million of core funding but the cuts that occurred as a result of Program Review in 1997 reduced its core funding to \$500 000. This necessitated the release of almost all full-time staff. Michel Perron, the CCSA's chief executive officer, indicated that the budget cuts affected the CCSA's ability to carry out its mandate.

*Since 1997, the CCSA has basically survived by working for a number of departments on contract. Those contracts ensured our survival, but significantly hindered our efforts to fulfill our legal mandate in a proactive way.*¹⁹

In early 2002, the government increased the CCSA's core funding to \$1.5 million. We were told that, with this increase, the CCSA can stabilize its activities and Canada runs a lower risk of losing its only collective memory as well as the only drug addiction specialists working at the federal level.²⁰

¹⁸ For more information on the CCSA, visit its website at <http://www.ccsa.ca> and see Government of Canada, *Canada's Drug Strategy - Phase II: A situation paper*, Canada, 1994, pages 38-40.

¹⁹ Michel Perron, Executive Director, Canadian Centre on Substance Abuse, Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, first session of the thirty-seventh Parliament 2001-2002, 10 June 2002, Issue no. 22, page 69.

²⁰ *Ibid.*,

Creation of Canada's Drug Strategy Secretariat

In 1990, Canada's Drug Strategy Secretariat was given the mandate to coordinate activities within the federal government and with other governments (both nationally and internationally). The secretariat was given many responsibilities, including ensuring the visibility of the NDS, coordinating the evaluation of the NDS and examining the issue of substance abuse from a strategic standpoint. One of its key responsibilities was to act as a facilitator.

*An important function of the Secretariat is to serve as an information source, a central point of entry to the federal government directing those with questions toward people with the answers. Members of the Secretariat also provide advice from outside groups to the federal partners. They attempt to bring groups together to facilitate issues of common concern.*²¹

The Secretariat was disbanded in 1996 during Phase II of the strategy. In the evaluation of Phase II of the CDS, it was suggested that the function of overseeing the coordination should be given to a body that is not an integral part of one of the partner departments—otherwise, such a body would be in a potential or perceived conflict of interest.²² In the past, some had regarded the Secretariat as representing primarily the interest of Health Canada rather than representing the drug strategy itself.

Today, the Office of Canada's Drug Strategy is the focal point within the federal government for the drug strategy. It describes itself as follows:

*The Office of Canada's Drug Strategy of Health Canada is the focal point within the federal government for harm reduction, prevention, and treatment and rehabilitation initiatives concerning alcohol and other drugs issues. Our efforts aim to prevent the use of drugs by those not currently using them, reduce the harm for those who use them, and promote effective and innovative treatment and rehabilitation for those affected by substance abuse. The Office works collaboratively with other federal departments and provincial and territorial governments, and provides national leadership and co-ordination on substance abuse issues, conducts research into the risk factors and root causes of substance abuse, synthesizes and disseminates leading-edge information and best practices to key partners, and collaborates with multilateral organizations to address the global drug problem.*²³

The Auditor General, in her 2001 Report, indicated that there are limits on Health Canada's authority as coordinator and recommended that the government "review the current mechanisms for leadership and co-ordination within the federal government as well as mechanisms for co-ordination with provincial/territorial and municipal governments in addressing the problem of illicit drugs."²⁴ We agree with the Auditor General's assessment and recommend

²¹ Government of Canada, *Canada's Drug Strategy - Phase II: A situation paper*, Canada, 1994, pages 11-12.

²² Health Canada, *Evaluation of Canada's Drug Strategy: Final Report*, June 1997, page 22.

²³ Information regarding the Office of Canada's Drug Strategy can be found on the Health Canada web site at <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/cds/about.html> (revised: 1 December 2000).

²⁴ *Report of the Auditor General of Canada to the House of Commons*, 2001, Chapter 11, "Illicit Drugs: The Federal Government's Role", page 24.

the creation of a position of National Drug Advisor, responsible for ensuring interdepartmental co-ordination at the federal level. In addition, the CCSA would be given a coordinating role with respect to the provinces and territories, cities and with research bodies and universities.

PHASE II - RENEWAL

In order to determine the future of the NDS, the federal government undertook a national consultation process in March and April 1991. The purpose of the consultations, held with local and provincial partners, was to prepare for the possible renewal of the NDS, obtain information on the strengths and weaknesses of the strategy and identify renewal priorities. During the consultations, alcohol abuse was identified as the major problem in Canada, and the abuse and misuse of pharmaceuticals was the second most frequently mentioned concern. Tobacco use was also seen as a major substance abuse and health problem. Street drugs, while still a concern, were not a major worry of those consulted. It was noted that cannabis use continued to be widespread.

Many at the consultations advocated incorporating the Driving While Impaired (DWI) Strategy into the NDS, and there was also strong support for a comprehensive national alcohol policy. It was also suggested that use of steroids by athletes and youth be included in the NDS. Finally, others called for a comprehensive tobacco policy and for tobacco's inclusion within the NDS. A long-term commitment to the drug strategy was one of the issues stressed by the participants.

To address many problems in substance abuse, participants in the consultation process stressed the need for a long-term commitment to CDS. Substance abuse has been a problem since the dawn of time. To expect significant changes in the level and nature of substance abuse over a five, or even a ten, year period is not realistic. The impact of initiatives to counteract the problem of substance abuse may not be visible for generations. Therefore, CDS must become an ongoing program with political and government support and endorsement. Bringing about fundamental long-term societal changes in attitude and behaviour requires base funding, without a sunset provision.²⁵

In 1992, the NDS was renewed under the designation Canada's Drug Strategy (CDS). Funding was increased to \$270 million over the five-year period and the Strategy principally involved six federal departments.²⁶ As had been suggested, the DWI Strategy became a component of CDS, although the same could not be said for

²⁵ Government of Canada, *Canada's Drug Strategy: Consultations 1991*, page 7. For more information on comments made regarding supply issues, demand issues and the role and impact of CDS, see pages 3-7.

²⁶ Health and Welfare Canada, Solicitor General Canada, Revenue Canada (Customs and Excise), Labour Canada, External Affairs and International Trade Canada and Justice Canada.

tobacco. Once again, CDS called for a balanced approach to reducing both the demand for drugs and their supply. The funding was to be allocated as follows: prevention (30%); treatment (30%); enforcement and control (28%); information and research (5%); national focus (5%); and international co-operation (1%). According to Health Canada, over the five-year period, about \$104.4 million was actually provided.²⁷ In fact, resources that were originally approved were almost immediately reduced, and this reduction continued over the course of CDS as a result of budget cuts.

In renewing CDS, the federal government acknowledged the concerns of stakeholders and stated that solutions to substance abuse require long-term commitment—that to expect significant changes over five or even ten years was not realistic. Thus, it was stated that CDS should become an ongoing program. In addition, it was thought that a balanced approach between demand and supply reduction was critical to the success of CDS. Finally, it was recognized that partnerships (both governmental and non-governmental) at all levels (locally, nationally and internationally) were needed.²⁸

On the whole, it was concluded that the strategy was working well and that it was important to maintain the momentum created by Phase I. The primary and overall objective of Phase II was to make Canada's alcohol and other drug interventions more effective at reducing harm to individuals, families, and communities caused by the problem use of alcohol and other drugs. This would be accomplished through the following secondary objectives:

- ❖ Improved program targeting through a focus on high-risk populations (especially young children, street kids, dropouts, off-reserve Aboriginals, the unemployed, seniors and women);
- ❖ Improved coordination and collaboration across federal departments and with external partners (provincial and territorial governments, non-governmental organizations, etc.);
- ❖ An improved information base on substance abuse-related issues, to assist policy-makers, program developers, researchers, professionals, and others concerned with substance abuse issues in addressing this problem; and
- ❖ Enhanced resources that would enable departments to continue certain ongoing activities and redirect attention to emerging issues or new activities.²⁹

The decision to renew CDS was accompanied by a requirement for its evaluation. In June 1997 a report evaluating Phase II of CDS was published by Health Canada. Its main findings were as follows:

²⁷ Gillian Lynch, Director General, Drug Strategy and Controlled Substances Programme, Health Canada, Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, first session of the thirty-seventh Parliament 2001-2002, 10 June 2002, Issue no. 22, page 27.

²⁸ Government of Canada, *Canada's Drug Strategy – Phase II*, 1992, page 3.

²⁹ Health Canada, *Evaluation of Canada's Drug Strategy: Final Report*, June 1997, p. iv.

- ❖ Improved program targeting was implemented in all participating departments, with justifiable variation according to their respective mandates;
- ❖ Interdepartmental coordination at the working level and for task-specific initiatives was effective. However, interdepartmental co-ordination at the strategic planning level was identified as a concern over the course of Phase II and would not appear to have been resolved (clear coordination goals were not identified, nor was the role of the CDS Secretariat properly defined);
- ❖ CDS did not have national visibility at either political or public levels;
- ❖ The information available in Canada on the issue of substance abuse increased as a result of Phase II funding;
- ❖ Departmental resources were increased through Phase II. However, there were significant subsequent cuts to some departmental budgets that may have limited the potential achievements of Phase II; and
- ❖ Phase II resources were used in a manner consistent with a harm reduction approach, although a formal harm reduction policy was not in place during the course of the strategy.

The report also identified effective leadership, coordination and strategic planning as essential to the strategy, and found weaknesses in these areas during Phase II. In addition, a common vision and a set of clear and measurable objectives were also found to be fundamental requisites. Lack of accountability for strategy-wide objectives was also identified as a problem. As will be discussed later, most of these issues were again raised as concerns in 2001 (five years later) by the Auditor General of Canada

To coordinate the strategy, two groups were established at the federal level, both chaired by Health Canada: the Assistant Deputy Ministers' Steering Committee on Substance Abuse, and the Interdepartmental Working Group on Substance Abuse. Their purpose has been described as follows:

*The Steering Committee is mandated to meet at least twice a year to improve the overall effectiveness of the strategy and provide direction to the Working Group. Its aims are to co-ordinate federal activities, develop consensus on priorities, address emerging issues, and monitor implementation of the federal strategy.*³⁰

PHASE III – RENEWAL WITHOUT SPECIFIED FUNDING

In 1997, the *Controlled Drugs and Substances Act* (CDSA) was enacted. This legislation formed part of CDS; it was focused, according to the government, on

³⁰ *Report of the Auditor General of Canada to the House of Commons*, 2001, Chapter 11, "Illicit Drugs: The Federal Government's Role", page 6.

modernizing and enhancing the drug abuse control policy underlying the previous legislation and on fulfilling Canada's international obligations. It should be noted that since the introduction of the CDSA, most changes to federal legislation dealing with illicit drugs have focused on supply reduction.

In 1998, CDS was renewed in principle but without any specified funding, despite warnings of possible negative consequences. An evaluation of Health Canada's contributions to CDS stated that:

*We must conclude that short-term initiatives such as the CDS Phase II are useful in that they inspire a higher sense of priority for a certain issue; at the same time, they hold inherent disadvantages in addressing an issue such as substance abuse, that is widely recognized to require a longer-term intervention than time-limited initiative funding will allow.*³¹

The following was also added:

The CDS Phase II Health Canada Component made a considerable investment in research and program development, and information monitoring systems. In many areas, Health Canada is now poised to reap benefits from the knowledge gained – however it is feared that this will not be the case due to non-renewal.

*There are also concerns that the sunseting of the Health Canada component of the CDS will not only leave a void but see the balance in the federal harm reduction policy list too far in the direction of supply reduction, and that Canada's international credibility will also suffer.*³²

The signatories were limited to federal departments and agencies, with Health Canada again responsible for providing national leadership and coordination. CDS still states that it reflects a balance between reducing the supply of drugs and reducing the demand for drugs. The long-term goal of the strategy remains unchanged: it is to reduce the harm associated with alcohol and other drugs to individuals, families and communities. The goals of CDS are to:

- ❖ Reduce the demand for drugs;
- ❖ Reduce drug-related mortality and morbidity;
- ❖ Improve the effectiveness of and accessibility to substance abuse information and interventions;
- ❖ Restrict the supply of illicit drugs and reduce the profitability of illicit drug trafficking; and
- ❖ Reduce the costs of substance abuse to Canadian society.³³

³¹ Health Canada, *Evaluation of Health Canada's Contributions to Canada's Drug Strategy: Final Report*, December 1996, pages 33-34.

³² *Ibid.*, pages 34-35.

³³ Government of Canada, *Canada's Drug Strategy*, 1998, pages 4-5.

The strategy states that it is built on four pillars: prevention; enforcement and control; treatment and rehabilitation; and harm reduction. Within this general framework, seven separate components have been identified: research and knowledge development; knowledge dissemination; prevention programming; treatment and rehabilitation; legislation, enforcement and control; national coordination; and international co-operation.³⁴

The Drug Strategy and Controlled Substances Program, within the Healthy Environments and Consumer Safety Branch of Health Canada, currently spends \$34 million annually on substance abuse.³⁵ The Office of Canada's Drug Strategy currently manages \$16.5 million of the \$34-million total budget. The Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation program, which was originally managed by HRDC, was transferred to Health Canada in October 1997. It is currently managed by the Office of Canada's Drug Strategy, which provides \$14 million to the provinces for treatment and rehabilitation programs. The other \$2.5 million is allocated to the CCSA (\$1.5 million) and for research and program management (\$1.0 million). The remaining \$17.5 million is allocated by the Healthy Environments and Consumer Safety Branch as follows: administration of regulations other than the Marijuana Medical Access Regulations (\$5.0 million); Medical Marijuana Program (\$5.0 million); drug analytical services (\$4.5 million); policy, research and international affairs (\$3.0 million).³⁶

Health Canada does spend other resources on substance abuse through the department's varied activities. For example, the Population and Public Health Branch allocates resources to deal with HIV/AIDS and Hepatitis C, and to deal with FAS/FAE.

CANADA'S DRUG STRATEGY – A SUCCESS?

This section does not claim to provide an in-depth analysis of CDS since its implementation and development in 1987. Certain key objectives, however, will be reviewed in order to determine whether or not the CDS can be deemed a success. It is important to note that, despite the considerable amounts of money spent at the federal level to control psychoactive substances, many would argue that Canada does not even have a funded national drug strategy.

³⁴ While CDS deals with both licit and illicit substances, a separate strategy has been developed to identify specific approaches to tobacco.

³⁵ This does not include expenditures made by the First Nations and Inuit Health Branch, which total approximately \$70 million.

³⁶ Health Canada, Presentation to the Special Committee on Illegal Drugs, 10 June 2002.

In 1997 the government implemented "Program Review", and severe financial cuts were applied to all departments, including Health Canada. The drug strategy did not escape these cuts and it sunset in 1997. In fact, there has been very little new money from the federal government for the field of addictions since.

*Canada currently has no national strategy. We therefore simply do not have research data to guide us. In fact, no one knows the extent of drug consumption or prevalence in Canada because no national inquiry has been done since 1994. We therefore have to come up with hypotheses and resort to other tools to get a picture of the current situation in Canada.*³⁷

As mentioned, research, knowledge development and knowledge dissemination are severely lacking in Canada, despite the fact that these are intended to be key components of the CDS. A more complete analysis of these deficiencies in knowledge development and dissemination is set out in Chapter 6. To summarize, Canada has not given itself the means to conduct proper research and to acquire knowledge in this field. For example, only two general national drug surveys have been conducted - in 1989 and 1994. Much of the problem with respect to research and knowledge development can be attributed to the almost non-existent funding allocated to the CCSA. Considering the importance of the CCSA's role in knowledge development and the costs of substance abuse in Canada, it is clear that its funding has been totally inadequate over the years. The recent increase to its core funding may temporarily stop the bleeding but will not allow Canada to acquire the tools necessary to conduct vital and necessary research in this area.

The CDS has, since its implementation, stated that it reflects a balance between reducing the supply of drugs and reducing the demand for drugs. While such policy objectives are easy to pronounce, they have not been reflected in reality. The Auditor General has recently indicated that, of the approximately \$500 million spent annually by 11 departments or agencies at the federal level to address illicit drug use in Canada, roughly 95% is spent on supply reduction. Notwithstanding the division of constitutional powers in Canada, one would be hard pressed to argue that this allocation of funds represents a balanced approach.

Another of the key objectives of the CDS is to ensure coordination and collaboration across all federal departments and with the provinces and municipalities. The Auditor General has recently criticized the leadership provided at the federal level and recommended a drug strategy with sound co-ordination and with clear objectives and results.

Canada requires stronger leadership and more consistent co-ordination to set a strategy, common objectives, and collective performance expectations. It must be able to respond quickly to emerging concerns about illicit drug use or the illicit drug trade. The present structure for leadership and for co-ordination of

³⁷ Michel Perron, *loc. cit.*, page 71.

*federal efforts needs to be reviewed and improved. The mechanisms for co-ordination with the provinces and municipalities also need review since they cross three levels of government.*³⁸

One of the obvious weaknesses of the CDS is the failure to provide comprehensive evaluations of its objectives. For example, we are unaware of any evaluations of the prevention and treatment programs that have been funded by the federal government. This lack of evaluation is an overall concern.

*Although the federal government provides leadership and co-ordination for dealing with the illicit drug problem, it has not produced any comprehensive reports that demonstrate how well Canada is managing the problem. It would be logical for Health Canada, as the lead department, to report government-wide results of Canada's efforts to reduce the demand for and the supply of illicit drugs.*³⁹

In summary, it would be difficult to declare the CDS a success when we do not even have the tools needed to determine whether or not the objectives of the strategy have been satisfied. The current strategy has, at the very least, many fundamental weaknesses. As several critics have argued one must question whether we in fact even have a comprehensive drug strategy in Canada.

CONCLUSIONS

While we recognize that the federal government cannot act alone if it is to deal effectively with substance abuse problems, our conclusions with respect to a national strategy regarding psychoactive substances are generally limited to the role played at the federal level.

Conclusions of Chapter 11

- **Canada urgently needs a comprehensive and coordinated national drug strategy for which the federal government provides sound leadership.**
- **Any future national drug strategy should incorporate all psychoactive substances, including alcohol and tobacco.**
- **To be successful, a national drug strategy must involve a partnership with all levels of government and also with non-governmental organizations.**

³⁸ *Report of the Auditor General of Canada to the House of Commons 2001, Chapter 11 – Illicit Drugs: The Federal Government's Role, page 1.*

³⁹ *Ibid.*, page 22.

- Over the years, the intermittency of funding has diminished the ability to co-ordinate and implement the strategy; adequate resources and a long-term commitment to funding are needed if the strategy is to be successful.
- Clear objectives for the strategy must be set out, and comprehensive evaluations of these objectives and the results are required.
- At the developmental stage, there is a need to identify clear and shared criteria for “success”.
- The core funding for the CCSA has been insufficient for it to carry out its mandate; adequate funding for the CCSA is essential.
- There is a need for an independent organization – the CCSA – to conduct national surveys at least every second year; there is also a need to achieve some level of consistency, comparability and similar time frames for provincially based school surveys.
- Coordination at the federal level should be given to a body that is not an integral part of one of the partner departments.
- Canada’s Drug Strategy’s should adopt a balanced approach – 90% of federal expenditures are currently allocated to supply reduction.

CHAPTER 12

THE NATIONAL LEGISLATIVE CONTEXT

Drugs have been prohibited for fewer than one hundred years; cannabis for slightly more than 75. It is tempting to think that the decisions made over the years to use criminal law to fight the production and use of certain drugs are in keeping with social progress and the advancement of scientific knowledge about drugs. Pre-twentieth century societies were less “advanced” and did not have the sophisticated tools that medicine, molecular biology and biochemistry, psychology and the cognitive sciences have provided over the course of this century of technological revolution. The prohibition measures adopted by parliaments, and on a wider scale, by the international community were therefore a more or less accurate reflection of the knowledge gradually acquired by scientists. The gradual conquest of territory occupied not so long ago by the irrational and its gang of charlatans and other shamans continued, for the greater good of humanity. As proof, phenomenal technical advances in medicine and pharmacology over the course of this century have resulted in increased longevity and decreased infant mortality in Western countries.

But is this really the case? Is civilization one long march towards progress, towards greater, and increasingly invincible, rationality? If we consider the state of the planet and the alarms sounded by more than one scientist today, we may have our doubts. From a social standpoint, the twentieth century has not brought fewer wars, less destruction, or more equality between people than previous centuries. With respect to drugs, is the legislation a more or less faithful translation of scientific knowledge for the greater good of all? Can we discern a rational structure in the national laws and international conventions that govern certain drugs and other substances? Are they based on knowledge of the effects of drugs on the psyche and human behaviour? Do they reflect the desire to ensure the well-being of the public?

The history of legislation governing illegal drugs in Canada, like the analysis in Chapter 19 of the structure of international conventions, suggests that this is highly doubtful. We do not deny that knowledge has advanced; the second part of our report testifies to this. But scientific knowledge itself is a structure that develops in a given historical context and responds to paradigms in the way problems are posed and research is conducted. The dominant scientific positivism is a temporary result in the long evolution of knowledge. It is not the “end of the story”. Within the scientific process, a “selection” is made of pertinent questions and ways in which to ask them,

such that any question is not necessarily a good question and certain ways of answering are more acceptable to the community of researchers.

Moreover, legislation adopted by parliaments is influenced at least as much by prejudices and preconceptions resulting from “*pop science*” as by partisan, personal and international considerations. In this sense, the parliamentarian is no different from any other citizen, as we pointed out in the report’s general introduction.

We were told several times that we could not compare the effects of cannabis to those of alcohol or tobacco. And yet, even at the risk of being unreadable if not unacceptable to the community, public policy on “drugs” must propose some rationale of the type: “this is prohibited, because..., and this is not, because...”. Most of the time the “reason” – or the justification? – is presented as risks or dangers on the one hand and as medical usefulness on the other. Thus, under the current control regime, because of the risks or dangers they are believed to present, some drugs must be regulated, that is, they are not sold over the counter. When they present a danger **and** they have no known medical application, the regulatory controls prohibit their manufacture, production, growth, use, possession, etc., entirely. That is the case with the legislation and conventions governing opium and its derivatives (heroin), the coca plant and its derivatives (cocaine, crack) and the cannabis plant and its derivatives (marijuana, hashish). When the drug presents a danger but is medically useful, it is subject to more or less severe regulatory controls. That is the case with benzodiazepines and other powerful medications, which are sold by pharmacists and cannot be obtained without a medical prescription. Other drugs present a “health risk”: nicotine, alcohol, as well as several other over-the-counter drugs. The packaging must indicate the risks (except for alcohol – which is very telling) so as to “warn” the user.

To what extent is such reasoning really rational?

*Three researchers at the University of Toronto (Lazarou, Pomeroy, Corey, 1998) have estimated that correctly prescribed legal medications kill, on average, 100,000 people a year in North America. Although for methodological reasons that figure was cut back by one half or two thirds, it nonetheless illustrates the enormous losses of human life that go undetected by any monitoring system, including the legal system. No one thinks that this danger should be avoided by prohibiting medical prescriptions - the risky decisions made by physicians - or denying the "right to use" medications. Why? Because we do not see how that solution could be preferable to the solution of taking risks responsibly. Knowing that this problem exists, we will try to find other solutions, such as better quality control for the products, etc. Nor (fortunately) do we consider assigning criminal responsibility to physicians for taking the risk of writing a correct prescription, knowing that even correctly prescribed medications can cause death.*¹

¹ Pires, A.P., (2002) *op. cit.*, page 43.

The 2001 report from the International Narcotics Control Board indicates a “worrisome” increase in the abuse of various prescription drugs in the United States and notes that several of these medications are found on the black market, in particular through the Internet.²

Tobacco use causes more than 400,000 deaths a year in the United States, and approximately 45,000 in Canada. As for alcohol, it is linked to physical aggression and violence, especially marital, and to road accidents, and its abuse causes thousands of deaths each year.

*It is a mistake to see illegal drugs in a separate category from the legal drugs insofar as the history of criminalization is concerned. We have compounded that difficulty today because we do not tend to see the legal drugs in the same limelight as the illegal drugs. To demonstrate that, we use the phrase "alcohol and drugs" as if alcohol were not a drug, as if police officers who go to domestic disputes do not know already that the major drug problem they will likely find at that dispute is alcohol abuse, as if we do not already know that more than 70 per cent of all homicides involve alcohol abuse as a critical factor. For us to pretend that the consumption of alcohol is on a morally different plane from the consumption of illegal drugs seems to be a kind of cultural folly that speaks volumes about the cultural blinders we wear as we go about our business in everyday life.*³

Is the rationale of the system of controls acceptable in the eyes of civil society, users as well as abstainers? What criteria motivated the legislators' decisions? For that matter, were there any criteria? What motivated parliamentarians from Canada and elsewhere to prohibit certain substances, to control access to certain others, and to permit still others to be sold over the counter?

Knowing where you have been helps you to understand where you are going. That is the goal of this chapter, which retraces the evolution of Canadian drug laws from 1908 to the present day.⁴ We have identified three legislative periods. The first, and longest, spans the years from 1908 to 1960. That is the period of hysteria. The second, which is much shorter, runs from 1961 to 1975 and is the period involving the search for lost reason. Lastly, the contemporary period, which really starts at the beginning of the 1980s, is the period of forging ahead regardless. As it would be too much to describe the different sections in the various bills adopted over the years, we have appended a table that explains and presents the clauses of the legislation adopted from 1908 to 1996 on the control of narcotics.

² INCB (2002) pages 58-60 in particular.

³ Testimony by Neil Boyd, Professor of Criminology, Simon Fraser University, before the Special Senate Committee on Illegal Drugs, Canadian Senate, Second Session of the Thirty-Sixth Parliament, October 16, 2000, Issue 1, page 49.

⁴ This chapter is based largely on the excellent report prepared at the Committee's request by François Dubois, research assistant to Senator Pierre Claude Nolin: *Le Parlement fédéral et l'évolution de la législation canadienne sur les drogues illicites*, Ottawa: Special Senate Committee on Illegal Drugs, June 2002. This report is available on line at www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp

1908-1960: HYSTERIA

At the time of the Shanghai Conference on opium in 1909⁵, European societies had known for hundreds of years about opium, coca leaves, and cannabis, having discovered them through contact with other societies. These “drugs” were used in medical practice, as well as by a certain worldly or artistic elite, and especially as a commercial tool by colonial powers. In the midst of advances in chemistry, the 19th century saw the arrival of a large number of new drugs—primarily opiate-based—and their enthusiastic adoption by physicians, pharmacists, general store owners and traveling salesmen as miracle elixirs. What happened so that Canada in 1908, and the seven countries gathered in Shanghai in 1909, decided to prohibit this “drug”? At least four factors figured in the game of chance and necessity that led to prohibition.

First of all, geopolitical issues, commercial dealings with China in particular and the political stability of the Middle Kingdom in general, played a considerable role, as shown in Chapter 19. But from a domestic standpoint, these factors do not explain everything, especially since the concerns of the Dominion of Canada and its people about international politics were still relatively minor.

Initially, physicians noticed, sometimes from their own experience as a user, that use of opium derivatives resulted in a certain degree of dependence and health problems.⁶ At first, these cases of drug addiction were limited to the leisured classes and to artists, who were rarely labeled as “delinquents”. However, the increasing availability of these drugs⁷ and the subsequent development of dependence problems within the working classes had a profound effect on public opinion about these drugs. There was no longer talk of “the ill” but rather of “delinquents” who [translation] “*could not face up to the demands of life as a good citizen and worker*”⁸. A few doctors, worried about protecting their monopoly, did not hesitate to demand laws from the government to restrict the use of drugs produced by pharmaceutical companies and thus avoid the propagation of this “scourge” that threatened the foundation of North American society.

⁵ See Chapter 19 for more details.

⁶ We note in passing that in fact these were synthetic opium derivatives such as morphine. It was not discovered until much later that smoking heroin was much less harmful to the user than injecting it or using its synthetic derivatives. We can also draw a parallel with synthetic derivatives of cannabis, which cause more problems than smoking cannabis, as we saw in Chapter 9.

⁷ Line Beauchesne talks about large pharmaceutical companies that flooded the market by manufacturing these products en masse and then trying to dispose of them in any way possible. Beauchesne, L., (1991) *La légalisation des drogues... Pour mieux en prévenir les abus*. Montreal: Méridien, pages 95-96.

⁸ Beauchesne, L. *op. cit.*, page 98.

Even though the use of opium did not result in a social crisis before the beginning of the 1880s, whites who frequented Chinese opium dens were often seen as suspicious or dangerous. At the time, [translation] “*Frequenting the Chinese quarter and its opium dens is seen by several moral groups as a preference for the foreign, as willingly straying from white Anglo-Saxon values. This judgment is even more severe where women are concerned.*”⁹

Associated with the problem of alcoholism in the working classes, the question of the use of drugs then became the metaphor par excellence for the decay of western Judeo-Christian civilization, and the favourite theme of temperance leagues in the United States as well as Canada. Born in the 19th century, these movements had a very strong religious basis, especially in the protestant ethic of responsibility for personal health through work and self control: [translation] “*work and sobriety were valued as a means to avoid loss of production and to maintain the economic superiority of the white Anglo-Saxon race.*”¹⁰ Waging “war” against alcohol that causes male violence and adultery, against drugs that kill young people, and also against prostitution, cigarettes and gambling suited these movements perfectly.¹¹ From community support groups designed to help those who wanted to break their bad habits, these leagues transformed themselves into powerful pressure groups demanding the complete prohibition of alcohol first, and then supporting the prohibition of opium and other drugs.

The third factor, closely related to the previous two, was population movement and especially Chinese immigration – it would be more accurate to talk about the importation of Chinese workers. The Chinese had immigrated to the United States in the middle of the 19th century to work in the mines and build the railroads in the American West. Once these large projects were completed, certain labour disputes broke out on the American West Coast, pitching the Chinese, who offered cheap labour to owners of agricultural enterprises, against powerful unions, largely composed of white workers. Following the appearance of the union-based anti-Chinese movement and legislation that prevented any further Chinese immigration, many Chinese had no choice but to develop the opium trade in the ghettos where they lived in large American cities. The temperance movement did not hesitate to adopt the racist feeling driving certain segments of American society in order to denounce the use of opium, seen as a scourge that promoted immorality, crime and the decline of the white Anglo-Saxon race. It was in this context of social unrest, although limited to the American West Coast, that the first American legislation governing the opium trade was adopted.

In Canada, in the middle of the 19th century, the Chinese became a major source of manpower for building the Canadian Pacific Railway. As the economy of British Columbia diversified, these immigrants found work in fish processing plants, coal mines and the forestry industry, although the jobs available to them remained limited.

⁹ *Ibid.*, page 126

¹⁰ Beauchesne, L. (1999) “À propos du cannabis, que faire?” *L'écho-toxico*, page 14.

¹¹ Ati-Dion, G., (1999) *The Structure of Drug Prohibition in International Law and in Canadian Law (Doctoral Paper)*, Montreal, Université de Montréal, École de criminologie, page 24.

This worsened the competitiveness of the local labour market and increased their marginalization in society.¹² Beginning in the 1880s, the massive influx of Chinese juxtaposed with the economic slowdown brought on by the end of construction of the Canadian Pacific railway and the economic recession that marked the end of the 19th century and the early years of the 20th century caused several union and popular demonstrations demanding the end of Chinese immigration, the source of British Columbia's economic and moral problems.

According to Giffen, this fear was not justified since white immigration from other regions of Canada more than offset the increase in British Columbia's Chinese population. In fact, the proportion of Chinese in the province declined from 20% at the beginning of the 1880s to less than 6% in 1921¹³, just before a clause in the *Opium and Narcotic Drug Act* was adopted authorizing the deportation of an immigrant found guilty of a drug-related offence.

But,

*Tolerance for the habit of smoking opium lasted only as long as British Columbia's tolerance for the Chinese. In the early years of the twentieth century, both a labour surplus and anti-Asian resentment developed. The Asiatic Exclusion League was formed, supported by an amalgamation of the Vancouver Trades and Labour Council and federal Conservative politicians. Opposed to the Liberals' immigration policies [under Sir Wilfrid Laurier], the league demanded an end to immigration from Asia, claiming that the "yellow peril" was about to "swallow" a white British Columbia.*¹⁴

In fact, well before the development of this "social crisis", the British Columbia government had tried to halt Asian immigration by adopting the *Chinese Immigration Act* in 1884, which imposed an annual tax of \$10 on the Chinese and other Asians living in British Columbia and prohibited them from buying land belonging to the province. The federal government disallowed this Act, but in 1885 it created a Royal Commission to investigate Chinese immigration and this commission recommended imposing a \$10 entry tax on every Asian immigrant. In 1885, as a result of public pressure, the federal government adopted the *Chinese Immigration Act*, which imposed a \$50 entry tax that was increased to \$500 in 1904, as many had criticized the fact that despite the imposed tariff, 20,000 Asians had immigrated to the country between 1889 and 1900.

A major incident in 1907 led the federal government to intervene in matters of Chinese immigration and labour disputes in British Columbia. During the year, a demonstration organized by the *Asiatic Exclusion League* and attended by more than 10,000 people, most of whom were union workers and members of the middle class, turned into a riot when the angry crowd headed into Vancouver's Chinese district, attacking people and causing serious property damage. After convincing Prime Minister

¹² Giffen, P.J. et al., (1991) *Panic and Indifference: The Politics of Canada's Drugs Laws*, Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse, page 53.

¹³ *Ibid.*, page 53

¹⁴ Boyd, N. (1991) *High society: Illegal and Legal Drugs in Canada*, Toronto, Key Porter Books, page 27

Laurier of the wisdom of compensating the Chinese, William L. Mackenzie King, then Deputy Minister of Labour, returned to Vancouver in the Spring of 1908, where he wrote a report¹⁵ that would lead to the adoption of the *Opium Act*. Based primarily on moral, ethical, political, diplomatic and ethnic considerations, Mackenzie King's report, rather than attacking labour disputes between white and Chinese workers, shifted the problem to opium use by Asian foreigners.

*[...] the amount [of opium] consumed in Canada, if know, would probably appall the ordinary citizen who is inclined to believe that the habit is confined to the Chinese, and by them indulged in only to a limited extent. The Chinese with whom I conversed on the subject, assured me that almost as much opium was sold to white people as to Chinese, and that the habit of smoking opium smoking was making headway, not only among white men and boys, but also among women and girls.*¹⁶

As in the United States, Chinese immigrants brought with them not only their labour but also their practice of smoking opium. They preferred this practice to the widespread habit of white workers of using alcohol and opiate-based drugs to cure illnesses and to momentarily forget their social and working conditions.¹⁷ Thus the first opium den opened its doors in Vancouver in 1870. Some Chinese even opened factories to produce opium for smoking; the opium was then used in opium dens in Vancouver's Chinese district or was simply sold to white clientele. As Professor Boyd mentioned during his testimony before the Committee:

*Over time, equal amounts of smoking opium were sold to whites as to Chinese. If you look back through the issues of Vancouver Province or the Victoria Times Colonist, you find advertisements. You do not find any expression of concern or anger about those smoking opium establishments, but you find advertisements.*¹⁸

In 1883, there were three factories producing smoking opium in Victoria and in 1891, there were more than 10 opium dens in the Chinese districts of large cities in the Canadian West.¹⁹ The surge in this industry was beneficial to the British Columbia government since it imposed a customs tariff on crude opium of 10% to 25%.

If I could turn back the clock 100 years to Vancouver, Victoria and New Westminster, I could show you opium-smoking factories which were started in the late 1870s and persisted for 30 years without complaint. The labour surplus and the depression in the first decade of the 20th century led to concerns that led to the original legislation. It is noteworthy that the Opium and Narcotic Drug Act of 1908 was

¹⁵ William L. Mackenzie King, *The Need for the Suppression of Opium Traffic in Canada*. Ottawa, Parliamentary Document 36b, 1908, 18 pages

¹⁷ Beauchesne, L., (1991) *op. cit.*, page 125

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ Giffen, P.J. et al., (1991) *op. cit.* page 125

*introduced by the Minister of Labour. When he introduced the act, he said, "We will get some good out of this riot yet," referring to the anti-Asiatic riot in Vancouver in September of 1907. Imagine, today, the idea of illegal drug legislation coming forward from the Minister of Labour because he or she is seeking to get some good out of a labour crisis on Canada's West Coast. The situation in California was similar.*²⁰

Even though the Royal Commission of 1885 did not recommend specific measures governing the production or use of smoking opium, it did indicate that smoking such a substance was a pagan practice incompatible with the lifestyle of a Christian nation.²¹ According to Line Beauchesne, the crusade against opium that followed this report gradually resulted in a decline in opium smoking.²² The results of an investigation conducted by the *American Pharmaceutical Association* in 1903 into drug use claimed that drug consumption was widespread throughout American society, but involved two social groups more specifically: Chinese immigrants and Blacks. This study probably influenced some federal politicians and temperance movements that used similar arguments until the beginning of the 1930s to justify the prohibition of opium and other drugs.²³

In short, while economic considerations were at the heart of anti-Asian feeling, temperance movements and religious groups took advantage of the situation to promote their views, not only in the immediate area of British Columbia but also across the rest of the country. These events drew the public's attention to the "dangers" of opium for Canadian society.

Opium Act, 1908

In the House of Commons on July 10, 1908, the Minister of Labour proposed the adoption of a motion prohibiting: "*the importation, manufacture and sale of opium for other than medicinal purposes.*"²⁴ The motion was adopted without debate. The Minister introduced Bill 205, *An Act to prohibit the importation, manufacture and sale of opium for other than the medicinal purpose. (Opium Act, 1908).*²⁵ The first section of the Act prohibited the importation of opium without authorization from the Minister of Customs. Additionally the drug could be used for medical purposes only. The manufacture, sale and possession for the purpose of selling crude opium or opium prepared for use by smokers was also prohibited. Whoever violated these provisions could be found guilty of a criminal offence punishable by a maximum prison term of three years and/or a

²⁰ Testimony by Neil Boyd, Professor of Criminology, Simon Fraser University, before the Special Senate Committee on Illegal Drugs, Canadian Senate, Second Session of the Thirty-Sixth Parliament, October 16, 2000, Issue 1, page 49.

²¹ Beauchesne, L., *op. cit.* page 128

²² *Ibid.*, page 128

²³ Ati-Dion, G., (1999) *op. cit.* page 25

²⁴ Hansard, House of Commons, July 10, 1908, page 12550

²⁵ Statutes of Canada 1908, c. 50

minimum fine of \$50 and not exceeding \$1,000. Even though it prohibited the use of opium, the legislation was aimed at opium dealers, most of whom were Chinese, and not users. The bill was given Royal Assent on July 20, 1908.

The Opium and Narcotic Drug Act, 1911

The enactment of the *Opium Act* led to the introduction of 8 new bills intended to make it both more restrictive and effective on January 26, 1911, Mackenzie King, who had just become the Minister of Labour, introduced Bill 97, an *Act to prohibit the improper use of Opium and other Drugs* (the *Opium and Narcotic Drug Act, 1911*).²⁶ During the deliberations on second reading, Mackenzie King gave three reasons for introducing the bill: the Shanghai Commission, the panic in Montreal caused by cocaine use and the need to grant special powers to the police to ensure that the Act could be enforced effectively. The Shanghai Commission had adopted a number of non-binding resolutions, including: putting a gradual stop to the opium smoking habit, with due regard to the specific circumstances of each country; prohibiting the use of opium and its alkaloids and derivatives (morphine, heroin, etc.) and other drugs for non-medical purposes; and prohibiting the export of these substances to countries that prohibited their use.

No member raised any objections about the four drugs added to the Schedule to the Act, namely cocaine, opium, morphine or eucaïne. Section 14 of the Act also provided that the Governor in Council had the power to order any alkaloid, by-product or drug preparation added to the Schedule when its addition was deemed necessary in the public interest—a *power which still exists today*. The justification given for this was that if the use of a new drug were to become widespread in society, it would be possible to add it more quickly to the Schedule than by having to enact new legislation.²⁷ Other provisions of the Act related to the use of opium, search powers granted to the police, orders for the confiscation or restitution of seized drugs and a reverse onus for cases of simple possession of drugs. The possibility of requesting that a higher Court issue a writ of *certiorari* with respect to prosecutions carried out under this Act was eliminated.

The post-war period led to a string of major amendments to the offences, penalties, police powers and criminal procedure provided in the *Opium and Narcotic Drug Act*. There are several factors to explain this legislative ferment: the concerns raised by Emily Murphy's writings about the extent of the "scourge" of drugs in Canada²⁸; the renewed conflicts between Whites and Asians in British Columbia; the mobilization of doctors' and pharmacists' associations to prevent the Act from infringing on their activities; the establishment in 1919 of the Department of Health and the powerful Narcotics Division (the predecessor of the current (Office of Controlled Substances), which were responsible for enforcing international conventions on drugs in Canada; the

²⁶ Statutes of Canada 1911, c. 17

²⁷ Hansard, House of Commons, January 26, 1911, page 2549.

²⁸ This was discussed in Chapter 10.

establishment in 1919 of the Royal Canadian Mounted Police (RCMP), responsible for enforcing the *Opium and Narcotic Drug Act*, the enactment of the *Harrison Narcotic Act* in the United States in 1914; and the mobilization of the international community to enforce the *International Opium Convention* (The Hague - 1912) imposed on a number of countries by the 1919 Treaty of Versailles.

The establishment of the narcotics division

The enactment of the *Harrison Narcotic Act* in the United States and the mobilization of the international community to enforce The Hague Convention quickly brought to light three major shortcomings of the *Opium and Narcotic Drug Act*, 1911.²⁹

The first problem appeared when the time came to control drug imports and exports. The Act had only vague instructions concerning trading in drugs for medical or scientific purposes. That being the case, customs officials were reluctant to seize cargo containing opium or other drugs.

The second problem stemmed from the enactment in the United States of the *Harrison Narcotic Act*, which was similar to the Act passed in Canada in 1911. However, it imposed a system of licences issued to businesses by the federal government authorizing them to import or export drugs. This led to a significant demand for illegal drugs in the United States. As the supply of these substances in Canada exceeded consumer demand, traffickers quickly took advantage of this business opportunity and exported their surpluses to the United States. This had become so profitable that in 1918, a committee of the US Senate filed an official complaint with the Canadian government concerning drug trafficking.

The third and final problem stemmed from the fact that traffickers quickly found ways to avoid the provisions of the 1911 Act because its enforcement was not centralized within a single government agency. On the one hand, Customs was attempting as best it could to control legal trade in drugs whereas on the other hand, municipal police departments handled illegal trafficking, which was becoming increasingly sophisticated every year, requiring that new powers be granted to the police.³⁰

The many amendments to the Act to deal with these problems were orchestrated in part by F. W. Cowan the first Chief of the new Narcotics Division (1919-1927) of the Department of Health, and in particular by Colonel C. H. L. Sharman, the former RCMP officer who succeeded him (1927-1946). Cowan quickly understood after becoming Chief of the new division that he would have to centralize control over both legal and illegal trade in drugs to ensure that the Act could be enforced effectively, thereby assuring the long-term survival of his organization. During his tenure, an impressive communications network was created, and by the end of the 20s, it included the other divisions of the Department of Health, the Department of Justice and the

²⁹ Giffen, P.J., et al., *op. cit.*, page 105.

³⁰ *Ibid.*, pages 105-121.

lawyers hired to prosecute drug offences, the RCMP, the media, municipal police departments, associations representing doctors and pharmacists, governments and agencies responsible for enforcing the laws of other countries, including the United States, and international narcotics control agencies established by the League of Nations.

Under Sharman's impetus, the administration of information from all of these participants was eventually conducted solely by the Division, and no longer by the Department of Justice or the RCMP. This made it possible for the director to have an overall picture of the narcotics situation, thereby making him an "expert" in the field. A former official of the Division described Colonel Sharman as "*a Czar running an empire of his own.*"³¹ His influence grew when the Division was placed under the authority of the Deputy Minister of Health. The reorganization fostered a closer and more direct relationship with the Minister and Members of Parliament, making it possible for him to short-circuit proposals from other divisions within the Department. And when the time came to add further offences, penalties, criminal procedures or new police powers in the 20s, the Division never hesitated to take advantage of the "panic" generated by the media in Vancouver, or Emily Murphy's writings, to justify such amendments.³²

From the standpoint of enforcing the Act, this structure was very useful. For example, up until the 50s, from the moment a police officer or a lawyer, anywhere in Canada, informed the Chief of the Division of a weakness in the Act, he would draft proposed amendments, pass them on to his network for rapid consultation, and if necessary, he would encourage the Minister of Health to introduce a bill to correct the problem situation. The federal drug bureaucracy as we know it today was born!

In such a context, the establishment of a network like this had a significant impact on the direction that would be taken by Canadian narcotics legislation:

*In short, the establishment of an administrative organization to enforce narcotic law had the unintended consequence of creating a centralized pressure group which had the motivation and influence to play a major role in shaping the future course of the legislation. This centralization of power and expertise together with the fact that the resources were directed mainly at a socially powerless group helps to explain the virtual absence of an effective criticism and alternative proposals for control from 1920 to 1950.*³³

Amendments to the Opium and Narcotic Drug Act (1920-1938)

Many amendments were made to the 1911 Act prior to an in-depth overhaul of the Act in 1938. It was during this period that cannabis was added to the schedule of the Act.

³¹ *Ibid.*, page 144.

³² *Ibid.*, pages 138-146.

³³ *Ibid.*, page 127.

Amendments to list of substances in schedule: Addition of cannabis

From 1911 to 1938, many drugs were added to the schedule of the *Opium and Narcotic Drug Act*. The 1911 Act was introduced to control only four drugs. In 1938, when the *Act to amend the Opium and Narcotic Drug Act*³⁴ was enacted, the schedule listed more than 15 drugs, including derivatives or salts, one of which was cannabis, added in 1923.

During a sitting of the Committee of the Whole in connection with a review of the 1923 Act, Minister of Health Henri-Séverin Béland simply said about the substance that, “*There is a new drug in the schedule.*”³⁵ That is how cannabis ended up in the schedule to the Act. According to Giffen, the circumstances leading to the decision remain obscure because, until 1932, the issue of the effects of cannabis on people’s physical, psychological or mental health had never been raised in Parliament. Giffen described the criminalization of the drug as a solution without a problem.

In the United States, beginning in 1890, some American doctors were worried that the potency of cannabis appeared to be variable and that individual reactions when cannabis was taken orally appeared to be unpredictable. Thus despite the continued use of much more dangerous drugs like barbiturates and opiates, cannabis was abandoned by doctors. At the beginning of the century, the discovery of the hallucinogenic nature of cannabis contributed considerably to its reputation as a dangerous drug. However, the people who wrote the *Harrison Narcotic Act* had not deemed it appropriate to subject it to the controls provided in the Act.³⁶ But in 1915, California became the first American state to prohibit the use of marijuana, and in the early 20s, marijuana had “become a major ‘underground drug’ traced to an influx of Mexican workers into Southern United States in the 1910s and 1920s.”³⁷ As with opium, labour disputes, the economic interests of big business and morality served as catalysts to create a popular movement in favour of the prohibition of cannabis in the United States, which led to the passage of the *Marijuana Tax Act* in 1937, prohibiting the use and production of cannabis.

Unlike in the United States, there were no reliable accounts of the non-medical use of cannabis in Canada before the 1930s.³⁸ And unlike California, Canada was not faced with an influx of Mexican workers. Why then was cannabis added to the Opium Act schedule?

In 1922, Emily Murphy referred to the harmful effects of cannabis on human behaviour in her book *The Black Candle*, in which she worked over most of the articles she had published in *MacLean’s* magazine. In the chapter entitled “*Maribuana – A New*

³⁴ Statutes of Canada, 1938, c. 9.

³⁵ Hansard, House of Commons, April 23, 1923, page 2117.

³⁶ Beauchesne, L., (1991) *op. cit.*, page 117.

³⁷ Spicer, Leah, (2000) *Historical and Cultural Uses of Cannabis and the Canadian “Marijuana Clash”*, Ottawa: Law and Government Division, Library of Parliament, Report prepared for the Senate Special Committee on Illegal Drugs, p. 20, available online at www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp

³⁸ *Ibid.*, page 21.

Menace” she reported comments made by the Chief of the Los Angeles Police Department, who described the terrible effects of cannabis.

But Giffen’s research in the archives of the Department of Health indicates that these scare tactics, which were steeped in morality, were not behind the placing of cannabis in the *Opium and Narcotic Drug Act* schedule, particularly given that at the time, it was virtually unknown in Canada and its use was not a problem.³⁹ This is confirmed in section 7 of the 1932 Act, which amended a provision of the 1920 Act by allowing the manufacture, sale or distribution, without a permit, of medicines if they contained only small quantities of certain drugs listed in the schedule. In 1932, the measure would henceforth apply to cannabis. During parliamentary debate on the introduction of this statute, the discovery of the existence of this drug appeared to elicit the interest of certain parliamentarians. During Committee of the Whole, MP Ernest Lapointe asked the Minister of Health, “*What is cannabis sativa?*”, and the Minister replied “*Hitherto this was a drug which was not included in the list which might be used. It is one form of the drug used in India which, I believe, goes under the popular name of hashish. There is no objection to the use of it*”⁴⁰

In short, it is remarkable that, over seventy-five years later, we should still not know why cannabis was placed on the list of prohibited drugs. On the other hand, no shortage of “reasons” were found in the years that followed.

Under the influence of American media campaigns, which were taken up by Canadian newspapers, and of horrifying accounts by police officers about young Canadians who were physically and mentally destroyed after using cannabis, the attitude of federal parliamentarians towards the drug would become less and less tolerant. The 1938 Act, enacted one year after the passage of the *Marijuana Tax Act* in the United States, was the end result of this “new panic”. Section 3 of the Act prohibited anyone from growing cannabis or opium poppy without first having obtained a permit from the Department of Health. The penalties for this new offence were the same as those provided for trafficking in, and simple possession of, cannabis. This measure was unusual because Canada, for the first time, had climate conditions conducive to the growing and production of a drug, which it did not for the other drugs in the schedule. An analysis of parliamentary debates shows that the Department of Agriculture conducted scientific experiments on industrial hemp by growing cannabis at the Experimental Farm in Ottawa and at another research centre near Montreal. A number of entrepreneurs in Ontario were still growing hemp. The 1938 Act put an end to the practice.

Following the introduction of the Bill, Minister of Health Charles Power said in connection with section 3: “*The proposed amendments deal to a considerable extent with the attempt which is being made by the department to control what, though it cannot be called a new drug,*

³⁹ Giffen, P.J. et al., *op. cit.* page 179.

⁴⁰ Hansard, House of Commons, 1932, page 1792.

is a new menace to the youth of the country”.⁴¹ Later, he said that it was very dangerous to smoke marijuana cigarettes. To demonstrate his comment, he cited a report prepared by Harry J. Anslinger, the first commissioner of the *Federal Bureau of Narcotics*, in which the drug was described as, *“the assassin of youth ... one of the greatest menaces which has ever struck that country.”*⁴² The Minister of Health nevertheless said that the situation in Canada was not as serious as in the United States. The statements by the Minister of Health about the harmfulness of cannabis were not disputed by any members, even though no research was put forward in defence of the statements made.

The most important amendments to the schedule were made in 1932, following the enactment of the *Act to amend the Opium and Narcotic Drug Act, 1932*.⁴³ In the amendments, over 10 psychoactive substances were added to the schedule, both natural drugs (like coca leaf) and synthetic drugs. The inclusion of these substances coincided with the adoption in 1931 of the *Geneva Convention for Limiting the Manufacture and Regulating the Distribution of Narcotic Drugs*, with Colonel Sharman making a major contribution to the negotiations leading to the signing of the convention. It was also at this time that Canada had begun to play an active role internationally with respect to drugs in support of the efforts of the United States and Harry J. Anslinger to better control international drug trafficking, particularly in the producing countries.⁴⁴

During the debates on the enactment of the 1932 Act, which would implement the provisions of the 1931 Convention into Canadian law, no questions were asked of the Minister of Health, Murray McLaren, concerning the reasons leading the Minister to include the above-mentioned drugs in the schedule.

Amendment of penalties

The penalties for trafficking or illegal possession of narcotic drugs were amended several times during this period. Furthermore, other offences were created as trafficking techniques to get around the law became increasingly sophisticated. According to Giffen, there were several reasons why the authorities responsible for enforcing the Act wanted more flexibility:

*“Latitude in regard to penalties helped to overcome the reluctance of the courts to convict in cases of lesser culpability and respectable social status; such cases were inevitable in the early years when the addict population was still relatively heterogeneous. Moreover, popular support for the law was more likely to be maintained if sentences that were regarded as unjust by local people could be avoided.”*⁴⁵

⁴¹ Hansard, House of Commons, February 24, 1938, page 772.

⁴² Hansard, House of Commons, February 24, 1938, page 773.

⁴³ Statutes of Canada, 1932, c. 20

⁴⁴ Sinha, Jay (2001) *The History and Development of the Leading International Drug Control Conventions*. Ottawa: Library of Parliament, Law and Government Division, report prepared for the Senate Special Committee on Illegal Drugs, page 15. Available at www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp

⁴⁵ *Ibid.*, page 199.

This flexibility gave more options to the police and Crown attorneys allowing them to negotiate guilty pleas more easily, to decide on the type of proceeding or to make use of people who had been charged as informers or undercover agents by promising them a reduced sentence or the withdrawal of the charges. In some instances, it also allowed for minimum sentence thereby reducing the Court's discretion during sentencing. The increase in the severity of penalties also sent a clear message to judges about the severity and level of social reprobation for drug offences. The possibility of proceeding by summary conviction also reduced the time period between the arrest and the sentencing. This made it possible to significantly increase the number of convictions. This was particularly important, because the higher the number of convictions, the more the people would be able to see the extent of the problem and the effectiveness of the act.⁴⁶

The 1911 Act provided for a maximum sentence of imprisonment of one year and/or a maximum fine of \$500. In 1920, after the *Act to amend the Opium and Narcotic Drug Act, 1920*, was passed⁴⁷, a minimum fine of \$200 was assessed with the maximum increased to \$1,000. In 1921, the *Act to amend the Opium and Narcotic Drug Act, 1921*,⁴⁸ significantly amended the penalty for this type of offence. Hybrid offences were created (summary conviction and indictment) for these two illegal activities. For an indictment, a maximum term of imprisonment of seven years could be imposed. For a proceeding by summary conviction, the maximum prison sentence was increased to 18 months, with the possibility of an additional 12 months for default of payment of any fine assessed by the Court. In 1922, the *Act to amend the Opium and Narcotic Drug Act, 1922*,⁴⁹ amended the sentence of imprisonment for a summary conviction by providing for the imposition of a minimum prison sentence of six months. In 1925, Parliament passed an amendment providing for the imposition, at the judge's discretion, of a sentence of forced labour for a summary conviction, for simple possession of a drug.

In 1921, an offence was created for the sale, gift or distribution of drugs by a trafficker to a minor. In such cases, one could only proceed by way of indictment and anyone convicted could receive a maximum prison sentence of seven years. Following a highly emotional debate, the sentence of whipping, which had been suggested by a Member, was withdrawn. However, the next year, while reviewing the 1922 Act in the Committee of the Whole, the same member once again suggested the imposition of a sentence of whipping for traffickers selling drugs to minors. At the end of the debate, the Minister of Health agreed to add the penalty of whipping to the Act. In 1929, federal parliamentarians stated their opinions about extending the punishment of whipping to trafficking and simple possession of drugs, as provided for in the *Act to amend and consolidate the Opium and Narcotic Drug Act, 1929*.⁵⁰

⁴⁶ *Ibid.*, pages 199-200

⁴⁷ Statutes of Canada, 1920, c. 31

⁴⁸ Statutes of Canada, 1921, c. 42

⁴⁹ Statutes of Canada, 1922, c. 22

⁵⁰ Statutes of Canada, c. 49.

Another important penalty was introduced in the 1922 Act: the deportation of immigrants. Section 5 of this statute provided that, except as may otherwise be provided in the *Immigration Act*, any immigrant convicted of trafficking, simple possession or selling drugs to a minor could be deported from Canada. From 1922 to 1944, when the last immigrants were deported for drug offences, over 1,082 Chinese (82%) were deported, compared to 163 Americans (13%) and 68 other persons of various ethnic origins (5%), for a total of 1,313 deportations. In 1930, the “panic” in British Columbia was a thing of the past, but during the previous eight years, over 638 Chinese had been deported by the Canadian authorities.⁵¹

There were other offences as well in the legislation, for example possession of pipes, lamps or any other equipment for the preparation or use of opium; drug trafficking by mail; and obtaining drugs by consulting two doctors. Between 1922 and 1930, 7,096 persons were convicted for an offence under the *Opium and Narcotic Drug Act*. Of these, over 4,900 were Chinese, or 69%.⁵²

Police powers

From 1920 to 1930, various amendments to the *Opium and Narcotic Drug Act* led to the police being granted new powers. These amendments specifically had to do with powers of search. Section 7 of the 1911 Act provided for the issuance of a search warrant authorizing police officers who had reasonable grounds to search the following kinds of premises: a dwelling-house, shop, boutique, warehouse, garden or ship, and to seize drugs found there as well as any containers in which the drugs had been found. Section 3 of the 1922 Act provided for the possibility of conducting a search for drugs without a warrant, either during the day or at night, in the above-mentioned premises. However, police officers were required to have a warrant to search a dwelling-house.

Section 8 of the 1911 Act provided that any drugs seized and the containers in which the drugs were found could be confiscated and delivered to the Court, and be destroyed after the accused’s conviction. However, section 9 imposed a number of conditions on the procedure provided under section 8. Indeed, if the person charged was acquitted, there was a three-month period during which the Court could be asked to issue an order to give back the seized drugs. If they were not claimed during this period, they were to be destroyed. The 1921 Act slightly amended these two provisions by specifying that henceforth, drugs and the containers in which they were found were to be confiscated and turned over to the Department of Health, which would dispose of them as it saw fit. This amendment was deemed necessary by the Narcotics Division because several judges, rather than order the destruction of the goods, sent them to hospitals. The Division was afraid that the drugs so returned might fall into the hands of traffickers.

⁵¹ Giffen, P.J. et al., *op. cit.*, page 596.

⁵² *Ibid.*, page 594.

In 1923, the powers to search and the orders of forfeiture were extended to vehicles in which drugs were found. In 1929, this procedure was extended to all traffickers' vehicles, whether or not any such substances were found in them. The purpose of this was to impede the activities of traffickers and to prevent their vehicles from being used by other criminals after they were convicted. The procedure was later extended to aircraft. In 1925, Parliament, by enacting the *Act to amend the Opium and Narcotic Drug Act, 1925*,⁵³ authorized police officers to search any person found on the premises searched, with or without a warrant.

The 1929 Act granted special search powers to police officers. Section 22 of this statute allowed a writ of assistance to be issued to a police officer. This was a general power, without any restrictions of time or place, to remain valid throughout the career of the peace officer. Such a writ authorized its recipient to enter a dwelling-house at any time of the day or night accompanied by whatever persons were deemed necessary to conduct searches and seize drugs. The writ of assistance thus made it possible to get around the prohibition on searches and seizures of drugs in a dwelling-house without a warrant. At the same time, the Act was amended to authorize police officers, during searches or seizures, with or without a warrant, to use force if required to conduct a search and to be assisted by persons other than peace officers.

Criminal procedure

In the 1920s, another major amendment was introduced to facilitate convictions in drug cases, a reverse onus provision. The onus was now on the accused, not on Crown prosecutors, to prove that he had not committed the crime with which he was charged. Under British criminal law, the task of proving an accused's guilt traditionally falls on the Crown, hence the expression "presumed innocent until proven guilty".

Section 10 of the Act of 1911 provided that, in a prosecution for drug possession or trafficking (with the exception of importing and exporting), in order to be acquitted, the accused had to prove that he had a legitimate excuse or that he had used such substances for therapeutic or scientific purposes. When Parliament amended the Opium and Narcotic Drug Act in 1920 to provide a better framework for dealing with importing and exporting, the manufacture, sale and prescription by physicians of scheduled drugs by means of a permit, the procedure established in 1911 was amended to specify that, in order to be acquitted, the accused had to prove that he had had a permit duly issued by the Department of Health.

Section 1 of the Act of 1921 expanded the application of the reverse onus to include any person who possessed or occupied a place (dwelling, store, boutique, warehouse, garden or ship) where drugs had been found. According to the wording of the section, that person was deemed to possess such a substance if he was unable to prove that it had been in that place without his consent or that he did not know that the drug was there.

⁵³ Statutes of Canada, 1925, c. 20

The article also provided that this procedure would apply when a person was charged with trafficking in raw or prepared opium for smoking purposes without having first obtained a permit issued by federal authorities. In 1923, the *Act to Prohibit the Improper Use of Opium and Other Drugs* (Act of 1923)⁵⁴ extended application of the reverse onus to offences involving the import or export of drugs without a permit. In cases involving the prescription or administration of a scheduled substance for non-therapeutic purposes, a physician or pharmacist had to prove that that substance had been used solely for medical purposes.

The Act of 1923 also cancelled another fundamental legal guarantee, the right of appeal. Section 25 eliminated the right of appeal in summary conviction cases involving possession, drug trafficking without a permit or for the sale, gift or distribution of a drug to a minor, the latter being an indictable offence. Section 26 of the Act of 1929 expanded this procedure to include possession of or trafficking in a substance similar to a drug. This new procedure rendered moot the provision enacted in 1911 prohibiting any application for a writ of *certiorari*, and the Narcotics Division sought its removal from the act, which was actually done in 1929.⁵⁵

Two other important amendments were made to the *Opium and Narcotic Act* between 1920 and 1930 to provide for the admissibility of the certificate of a federal analyst and the application of the *Identification of Criminals Act* to summary conviction offences. Section 1 of the Act of 1921 had amended the legal procedure applicable in drug prosecutions by making the certificate of a federal analyst admissible in evidence with respect to one or more drugs seized by police officers. However, the courts were reluctant to accept the certificate because they could not authenticate the analyst's signature⁵⁶ or confirm his appointment. In 1929, an amendment was made to the *Opium and Narcotic Drug Act* (section 18) providing that the certificate would henceforth constitute *prima facie* evidence of the status of the person who gave or issued it. In this context, proof of that person's appointment or authentication of his signature was no longer necessary.

In 1923, the *Opium and Narcotic Drug Act* was amended to apply the provisions of the *Identification of Criminals Act* to persons convicted of an offence by way of summary conviction. Section 2 of that act permitted police officers to fingerprint, photograph and measure the accused solely in cases where they were indicted. That information constituted the accused's official "criminal record", which was kept in the national police records, with all the consequences that entailed for social, professional or family stigmatization. However, from the standpoint of the Narcotics Division, this amendment would prove beneficial since it would henceforth make it possible to establish files and more effectively monitor drug addicts convicted by way of summary conviction.

⁵⁴ *Statutes of Canada*, c. 22.

⁵⁵ P.J. Giffen *et al.*, *op. cit.*, page 261.

⁵⁶ *Ibid.*, pp. 278-279.

Control measures

The *Act to Amend the Opium and Narcotic Drug Act* (Act of 1920)⁵⁷ established a control system for the legal trade in narcotics through a system of permits issued to businesses, pharmacists and physicians by the Department of Health in order to regulate Canada's supply of drugs for medical or scientific purposes. The Act provided for: a prohibition against importing or exporting drugs at a port not designated for that purpose by federal authorities; the issue of permits for the import, export, manufacture, sale and distribution of drugs; the imposition of criteria regarding packaging and labelling of packages containing such substances; an obligation for businesses to keep a record of their drug importing, exporting, manufacturing, sale and distribution activities duly authorized by federal authorities; an obligation for physicians to provide the information requested by federal authorities concerning the purchase, manufacture or prescription of medications containing drugs; an obligation for pharmacists to keep a record of their purchases and sales of drugs, the preparation of their own medications containing such substances and renewals of prescriptions signed by a physician;⁵⁸ and the authorization to sell medications (such as ointments and liniments) containing very small quantities of scheduled drugs without a permit, provided they were not administered to children under two years of age and met certain labelling criteria.

Amendments to the Act to Amend the Opium and Narcotic Drug Act in 1954

In 1954, Parliament passed the *Act to Amend the Opium and Narcotic Drug Act* (Act of 1954),⁵⁹ repealing offences relating to opium use and the possession of equipment intended for that purpose, the sale of drugs to a minor and drug trafficking through the mail. It also made two other significant amendments to the act.

Under the impetus of R.E. Curran, Deputy Minister of Health, it now included a definition of the offence of drug trafficking in order to make the act more comprehensible and increased the maximum prison term for that offence from seven to 14 years. The minimum prison term of six months and the fine were repealed. Henceforth, this offence could only be prosecuted by way of indictment. However, a person convicted of the offence was still liable to whipping and deportation.⁶⁰

⁵⁷ *Statutes of Canada*, 1920, c. 31.

⁵⁸ This provision was added to the Act of 1911. In the years that followed, the criteria for renewing prescriptions issued by physicians were restricted so that the legal trade in narcotics could be monitored and drug addicts prevented from obtaining prescriptions and using the drugs thus obtained for trafficking purposes. For example, the Act of 1921 provided that a pharmacist could not fill or refill a prescription unless it had been signed by a physician. The Act of 1923 went further by prohibiting multiple refills of prescriptions of a drug based on the original prescription. The patient thus had to consult a doctor each time he wanted to renew.

⁵⁹ *Statutes of Canada*, 1954, c. 38.

⁶⁰ The provisions respecting the deportation of immigrants were transferred to the Immigration Act in 1952 but still applied to drug offences.

Subsection 4(3) of the Act of 1954 created the offence of possession for the purpose of trafficking, for which the new penalties provided for drug trafficking applied. This new offence would mean that those possessing large quantities of narcotic drugs would no longer be convicted for simple possession. As we have seen, a reverse onus was part of Canada's drug legislation from 1911 to 1929. In 1954, subsection 4(4) added a new criminal procedure to facilitate convictions for possession of drugs for the purpose of trafficking.

Thus, in every criminal prosecution for this offence, Crown prosecutors first had to prove that the accused was illegally in possession of the drug. The defendant then had to prove that he had not possessed the substance for the purpose of trafficking. If he succeeded, he was found guilty of possession; otherwise he was convicted of trafficking. In this specific case, Canadian courts established a distinction between the so-called secondary burden, which is to prove a specific fact (in this case the intention to traffic) and the primary burden (illegal possession), which consists in proving that fact where all the evidence is adduced. Thus the Crown prosecutor had the primary burden of establishing that an offence was indeed committed. In this particular case, however, the Crown did not have to prove that the accused intended to engage in trafficking. Proof of illegal possession was sufficient for the court to conclude that there was an intention to traffic.

This amendment was enacted in response to the recommendation by the RCMP and the Narcotics Office (former Narcotics Division) since, failing an admission by the accused, it was very difficult to prove the intention to traffic. However, this new procedure considerably undermined the rights of the accused, particularly since the act did not specify the quantity of drugs necessary to determine whether the accused had actually possessed it for the purpose of trafficking. The accused was thus guilty of trafficking in the absence of evidence to the contrary.⁶¹

Senate report of 1955

On February 24, 1955, the Senate passed a motion creating a Special Committee of the Senate on the Traffic in Narcotic Drugs in Canada following the motion made a few weeks earlier by Senator Thomas Reid. At that time, Senator Reid had asked the Senate government leader, W. Ross MacDonald, whether the federal government intended to create such a committee since, based on his information, the traffic in opium and other narcotics in the City of Vancouver was beyond the control of police authorities. In debate on the motion, Senator MacDonald accurately summed up the task before the members of the Senate Special Committee as follows:

The work of the committee will largely be to consider the causes of this unfortunate problem with which this country is faced, to hear expert witnesses and to determine in what way the Government can make

⁶¹ Giffen, P.J. *et al.*, *op. cit.*, pages 448-450.

*its most valuable contribution in resolving this unfortunate condition. The reports of this committee, based upon an objective, cautious and factual assessment of the problem, may well become a document of the utmost importance and have far-reaching consequences in helping to found policy upon which the successful solution of this problem can rest.*⁶²

Upon adoption of the motion, Senator Reid was appointed chairman of the Committee. From March 25 to June 17, 1955, the committee organized public hearings in Ottawa and was the first to travel outside the capital, holding meetings in Montreal, Toronto and Vancouver. In addition to specialists, public servants and police officers, the senators also met a group of 150 people suffering from a drug dependency at Oakalla Prison in Vancouver to gain a better understanding of the reasons leading them to use drugs. The Committee heard 52 witnesses: 13 from law enforcement agencies, 10 from the various federal departments concerned by the fight against drug trafficking and 12 addiction treatment specialists. On June 23, 1955, Senator Reid tabled the Committee's report containing a series of recommendations for the treatment of people suffering from a drug dependency and the fight against the traffic in narcotic drugs.

According to the report, the figures provided by the Department of Health revealed that there were 515 "medical addicts" in Canada, that is to say individuals who had become dependent on a drug as a result of treatment for a disease, 333 "professional addicts" (doctors, pharmacists and so on) and 2,364 "criminal addicts", for a total of 3,212. Of the persons belonging to the last category, 1,101 were located in Vancouver.⁶³ Only 26 of the 2,364 "criminal addicts" were under 20 years of age.

To establish a relationship between crime and drug dependency and to explain the difficulties in establishing treatment programs, the Committee cited a study conducted by the RCMP noting that, of 2,009 "criminal addicts", 341 had first been convicted of an offence under the *Opium and Narcotic Drug Act*, 1,220 had first been convicted for other crimes and 478 had already had a criminal record. Thus, 1,668 of the total 2,009 "drug addicts" were criminals, which was sufficient in the Committee's view to confirm the thesis of the "criminal" or "contaminating" user.⁶⁴ It was therefore clear that drug addiction was not a disease. In the Committee's view, most "addicts" came from disadvantaged backgrounds in which crime and family problems were omnipresent.

The evidence of medical authorities was to the effect that drug addiction is not a disease in itself. It is a symptom or manifestation of character weaknesses or personality defects in the individual. The addict is usually an emotionally insecure and unstable person who derives support from narcotic drugs. The Committee was gravely concerned to learn that relatively few cases could be authenticated where drug addicts, while out of custody, had been successful in abstaining from the use of drugs for any lengthy

⁶² Hansard, Senate, February 24, 1955, page 239.

⁶³ Hansard, Senate, June 23, 1955, page 739.

⁶⁴ Hansard, Senate, June 23, 1955, p. 739.

*period of time. The complications and difficulties in the successful treatment of drug addiction, having regard to the pattern of development of the addict and his almost invariable criminal tendencies, cannot be too heavily stressed.*⁶⁵

In the circumstances, the Committee unanimously rejected the idea of creating government clinics which, on certain conditions, would provide “criminal addicts” with ambulatory treatment. The Committee moreover emphasized that a resolution adopted at the time at the tenth annual session of the United Nations Narcotic Drug Commission, stated that this form of treatment was not advisable.⁶⁶ It also rejected the United Kingdom's model after confirming, with the aid of British specialists, that doctors should not encourage drug addicts to persist in their addiction if they could not, even after lengthy treatment involving gradual reduction of the prescribed doses abstain from drugs. On this point, the report states: “[...] *dangerous (narcotic) drugs in the United Kingdom are subject to a wide degree of control of the exacting standards demanded by the international agreements to which the United Kingdom, in common with Canada, is a party.*”⁶⁷

Considering that “addicts” were “basically criminals who daily violate the *Opium and Narcotic Drug Act*”, the Committee argued that municipal and police authorities, more particularly those of Vancouver, should more effectively invoke the provisions of the *Criminal Code* dealing with theft, vagrancy and prostitution. Citing the testimony of Harry J. Anslinger before a U.S. Congress committee, the Committee stated that such an initiative would solve much of the problem caused by drug addiction. Second, it noted that “*the evidence of many witnesses recommended the compulsory segregation and isolation of all addicts for long periods of time for the purpose of treatment and possible rehabilitation.*”⁶⁸

Thus, to prevent this “scourge” from spreading in the penitentiaries and to cure “criminal addicts” convicted of crimes, the Committee suggested that “*the penitentiary authorities might give further consideration to the particular problems presented by criminal addicts in terms of segregation, treatment including specialized training and rehabilitation and other measures necessary in view of the special problems which addiction superimposes.*”⁶⁹ In fact, as Minister of Health, Paul Martin had done a year earlier, the Committee instead emphasized the limits of federal jurisdiction and the efforts the provinces should devote to the treatment of “drug addicts” who had not been convicted of a crime. Still advocating the segregation of these individuals, the Committee indicated that the federal government wanted to make available to British Columbia the federal William Head quarantine station on Vancouver Island so that it could transform it into a treatment centre similar to that in Lexington, Kentucky. It further proposed the creation of a national health program to provide financial support for provincial drug addiction initiatives.

⁶⁵ Hansard, Senate, June 23, 1955, p. 742.

⁶⁶ Hansard, Senate, June 23, 1955, p. 740.

⁶⁷ Hansard, Senate, June 23, 1955, p. 740.

⁶⁸ Hansard, Senate, June 23, 1955, p. 744.

⁶⁹ Hansard, Senate, June 23, 1955, p. 745.

The Committee also encouraged the creation of groups similar to Alcoholics Anonymous, but rejected the idea of national education campaigns for the general public and teenagers on the ground that “*such programs should not be used where they would arouse undue curiosity on the part of impressionable persons or those of tender years*”.⁷⁰ The Committee supported the position of the UN Narcotic Drug Commission, recommending instead that a “mental health” program be established to detect behaviour in the schools that might lead to drug addiction.

Since treatment programs could not cure all “drug addicts”, the Committee also proposed that certain measures be adopted to fight illegal trafficking in narcotics. It thus recommended:

- that a separate offence be created for the illegal importing/exporting of narcotic drugs in order to put an end to drug smuggling;
- that a maximum prison term be imposed of up to 25 years (life) for that new offence;
- that the maximum prison term be increased from 14 to 25 years for trafficking offences; and
- that it be possible to establish proof of a conspiracy in order to facilitate the conviction of the leaders of criminal organizations not directly involved in the sale of narcotics but which benefit therefrom.

In the Committee’s view, the severity of these penalties would “*act as an effective deterrent to an individual in smuggling drugs into Canada for the profit of a ‘higher up’*.”⁷¹ Rather than waste police and court resources in trying to convict organized crime leaders who were the cause of the problem, an attempt had to be made to eliminate the “trafficker-distributors” in the neighbourhoods of the large cities and the problem would be solved.

Although the Committee's proposals were much more conservative than those advanced in the debates preceding its establishment, contrary to a number of other reports by parliamentary committees or royal commissions of inquiry, most of its recommendations would be followed by federal authorities. First, it contributed to a number of research projects in British Columbia and Ontario in 1956. And second, the Senate Committee’s report was at the origin of most of the new provisions of the *Narcotic Control Act*, which was passed in 1961 to replace the *Opium and Narcotic Drug Act*.

⁷⁰ Hansard, Senate, June 23, 1955, page 741.

⁷¹ Hansard, Senate, June 23, 1955, page 746.

FROM 1960 TO THE LE DAIN COMMISSION: THE SEARCH FOR REASONS

The period following World War II witnessed new attitudes toward narcotic drug control that would call into question the approach adopted by Canada since 1908 in fighting the abuse of and trafficking in narcotic drugs. The international human rights movement, the creation of organizations dedicated to the defence of civil liberties, the gradual democratization of access to universities, the appearance and development of new disciplines in the social sciences such as criminology, psychology, sociology, political science and the sociology of law, scientific progress and research into drug addiction were factors in the creation of new pressure groups consisting of more articulate individuals who disputed the use of criminal law as a “miracle” solution in responding to drug problems. However, it was not until the explosive increase in drug use in the 1960s, the hippie protest movement and the work of the Le Dain Commission that these demands materialized.

Narcotic Control Act (1961)

Passage of the *Narcotic Control Act* (Act of 1961)⁷² coincided with the coming into force of the *Single Convention on Narcotic Drugs* of 1953, which played an important role in the creation of the modern international narcotic drug control system, an extension and expansion of the international legal infrastructure developed between 1909 and 1953. Work to group together the nine multilateral treaties signed during that period into a single international enactment began in 1948, and Canada played a significant role in the negotiations and drafting that led to its adoption.

While the Act retains most of the criminal procedures and offences established over the previous years, two amendments formed the subject of major parliamentary debate: the creation of an offence for illegal importing or exporting of narcotics and the increase in penalties for the offence of trafficking, and the treatment of drug addicts. The minimum prison term of six months for simple possession was repealed, as was the procedure that provided that the *Identification of Criminals Act* would apply in the case of a summary conviction and the provision eliminating the right of appeal for certain offences.

The Act of 1961 was divided into two parts: the first, entitled “Offences and Enforcement”, was placed under the authority of the Minister of Health, and the second, “Preventive Detention and Detention for Treatment”, was to be administered by the Minister of Justice.

As the Senate Committee had recommended, section 5 of the Act of 1961 created the offence of importing and exporting narcotic drugs. Whoever was convicted of that offence (solely by way of indictment) was liable to a minimum prison term of seven years to a maximum of 25 years. That provision was designed to combat drug

⁷² *Statutes of Canada*, 1961, c. 35.

smuggling between the United States and Canada and to comply with the international undertakings Canada had made in ratifying the Single Convention.⁷³

In accordance with another recommendation from the Senate Committee report, section 4 of the Act of 1961 raised the maximum prison term for trafficking in narcotic drugs from 14 to 25 years. The provision for whipping was also repealed. These amendments also applied to the penalty provided for possession for the purposes of trafficking.

Part II of the Act, which comprised sections 15 to 19, defined the new federal policy regarding preventive detention and detention for treatment. First, the courts henceforth had the power to order that an individual convicted of trafficking, possession for the purpose of trafficking or importing/exporting drugs, and only if the accused had previously been convicted of similar offences, be placed in preventive detention for an indeterminate period of time. This measure replaced any other sentence which might have been imposed. Second, when a person was charged with simple possession, possession for the purpose of trafficking, trafficking or import/export, the court, at the request of Crown counsel or the accused, could order the accused detained for examination purposes to determine whether he was eligible for a drug addiction treatment program. If that was the case, the accused had to be sentenced to detention for treatment at a specialized federal institution for an indeterminate period of time in lieu of any other sentence provided for under the act. For a first offence, preventive detention could not exceed 10 years. The individual had a right of appeal, was subject to the *Parole Act* and could be referred to preventive detention at any time if he used drugs during his probation period.

Lastly, the Act of 1961 provided that, if a province adopted a preventive detention policy combined with a drug addiction treatment program (in cases not involving an offence under the act), the federal government could enter into an agreement with the competent authorities of that province to transfer drug addicts to the specialized federal institutions. These new provisions in fact enacted the Senate Committee's proposals.

Despite the intervention of two ministers, this treatment policy, based on a penal approach and, to a certain degree, oriented toward repression of the "contaminating user" or "criminal user", failed to stir up interest among parliamentarians. The measures were passed without opposition but, for reasons that remain unclear, were never proclaimed. The Le Dain Commission moreover questioned this decision by the federal government: *"Whether this is because of doubts about the constitutional validity of these provisions or the failure to develop suitable treatment methods and facilities or later reservations by the government as to the advisability of compulsory treatment in principle, or some combination of these, it's not clear."*⁷⁴

⁷³ Hansard, House of Commons, June 7, 1961, page 6794.

⁷⁴ G. Le Dain et al., *Cannabis: Report of the Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs*. Ottawa: Government of Canada, page 221.

Another provision of the Act of 1961, but not the least, was passed by Parliament without debate: the schedule. The Single Convention of 1961 contained a series of schedules prepared by the World Health Organization containing the list of drugs subject to rigorous control for the purpose of preventing them from being used for other than medical or scientific purposes. Most were on the schedule to the Act of 1961, which now comprised more than 92 drugs and their derivatives, spread over 14 major classes (opium, cannabis, coca, phenypipedridine, and so on). No member of Parliament questioned the Minister of Health to determine the criteria or reasons advanced by his department for subjecting such a large number of substances to the restrictive provisions of the act.

An Act respecting Food and Drugs and Barbiturates (1961)

In the early 1960s, the use of drugs not included in the schedule to the *Opium and Narcotic Drug Act*, or, later, in the *Narcotic Control Act*, began to concern medical and government authorities. These drugs were barbituric acids or “goof balls”, amphetamines, methamphetamines and the salts and derivatives of those three substances. These so-called psychotropic drugs could be used to reduce stress, eliminate insomnia, stimulate muscle and brain activity and eliminate appetite.

When physicians and other health professionals began to notice the number of barbiturate dependence cases and the serious secondary effects of those drugs in the 1950s, they asked the government to regulate their distribution and use more effectively. In addition, in 1957, following a Health Department survey of 2,500 pharmacies, more than 300 pharmacists were convicted for failing to comply with regulations respecting the prescription of barbiturates and amphetamines. This time, it should be pointed out, the position of health professionals had more influence on government authorities than the positions of police officers or the Narcotic Control Office. These substances were included in the *Food and Drugs Act* as “controlled drugs” and not in the *Narcotic Control Act*, for two reasons. First, certain harsh provisions of the Act of 1961 were coming under increasing criticism. Second, the use of those substances in a number of prescription medications meant that their use was widespread among the general public, particularly among persons holding good jobs, which ultimately was quite different from the unflattering picture hitherto painted of “drug addicts”. In the circumstances, having recourse to the provisions of the Act of 1961 was out of the question.⁷⁵

In 1961, Parliament thus passed the *Act to Amend the Food and Drugs Act* (Food and Drugs Act of 1961)⁷⁶ to better regulate the trade in barbiturates and amphetamines. The new act created Part III concerning the “controlled drugs” listed in Schedule G. It also created the offence of trafficking or possession for the purpose of trafficking, for

⁷⁵ P.J. Giffen *et al.*, *op. cit.*, pages 471-475.

⁷⁶ *Statutes of Canada*, 1961, c. 37.

which an accused was liable to a maximum prison term of 10 years, if convicted by way of indictment, or 18 months by summary conviction. However, simple possession of the substances was not illegal. Furthermore, unlike the *Narcotic Control Act*, the definition of trafficking excluded the distribution or giving of a controlled drug, but included the offences of importing and exporting.

In the case of criminal procedures applicable in a trial, a number of aspects were retained from the Act of 1961, such as the procedure concerning the reverse onus in a prosecution for possession for the purpose of trafficking, the use of a certificate from a federal analyst to confirm the nature of the drug, search and seizure writs of assistance, and the forfeiture and restitution of seized substances.

Lastly, Schedule G of the Act included three drugs: amphetamines, barbituric acids and methamphetamines, as well as the salts and derivatives of those drugs. During the debates, one member asked why other similar substances were not included in the schedule. The Minister of Health answered that, based on scientific research, only those three drugs were considered dangerous to human health.⁷⁷ Furthermore, as had been the case with the *Opium and Narcotic Drug Act* and the new *Narcotic Control Act*, the Governor in Council could make regulations upon recommendation by the Minister of Health, and where the public interest warranted it, to amend the schedule.⁷⁸

Food and Drugs Act and hallucinogenics (1969)

In 1969, Parliament extended the application of legislative and bureaucratic controls to hallucinogenic drugs by passing the *Act to Amend the Food and Drugs Act* (Food and Drugs Act of 1969).⁷⁹ That enactment created Part IV, which was to govern the use of and trade in “restricted drugs” enumerated in the new Schedule J. Those drugs were lysergic acid diethylamide (LSD), N-Diethyltryptamine (DET) and Methyl-2,5-dimethoxyamphetamine (STP).

To better control the use of and trade in hallucinogenic drugs, the act provided for the same offences and procedures as those applying to barbiturates. It also created an offence of possession in order to deter anyone from using such drugs. In that instance, an accused was liable, on summary conviction, to a maximum prison term of three years and a fine of \$5,000.⁸⁰ If found guilty of a first offence, on summary conviction, an accused was liable to a prison term of up to six months or a maximum fine of \$1,000. For subsequent convictions, the act provided for a maximum prison term of one year or a fine of \$2,000.

Narcotic Control Act and the offence of possession of cannabis

In the parliamentary debates on the Food and Drugs Act of 1969, the Minister of Health moved a very important amendment to the *Narcotic Control Act*. From 1921 until

⁷⁷ *Hansard*, House of Commons, May 30, 1961, page 5799.

⁷⁸ Subsection 37(2) of the *Food and Drugs Act*, 1961.

⁷⁹ *Statutes of Canada*, c. 41.

⁸⁰ Section 9 of the *Food and Drugs Act*, 1969.

the *Narcotic Control Act* was passed, Canadian legislation had provided for a hybrid offence in the case of simple possession of a drug. Since 1961, however, that offence was solely an indictable offence punishable by a prison term of up to seven years. The amendment proposed in 1969 maintained the offence, but again offered the option of proceeding by way of summary conviction, thus recreating a hybrid offence. In the case of a first offence in which an accused was found guilty on summary conviction, the Act provided for a maximum prison term of six months or a fine of up to \$1,000, and a term of up to one year and a fine of \$2,000 for subsequent offences. The amendment was considered necessary by the Minister of Health since the number of prosecutions for cannabis possession had increased from 493 in 1966 to 1,727 in 1969.⁸¹ In his view

*[...] in spite of the enormous variety of individual situations involved in that number of cases, the relevant section of that act provides very little scope for flexibility, either on the part of the Crown prosecutors or presiding judges or magistrates. There is no provision for the Crown to choose to proceed summarily. [...] This rigidity has been the subject of increasing criticism from a wide variety of sources such as the addiction research agencies of several provinces.*⁸²

Lastly, the Food and Drugs Act of 1969 amended the procedure adopted in 1929 providing for the admissibility of a certificate from a federal analyst at trial for an offence involving a scheduled drug under the *Narcotic Control Act* or a Schedule G or J drug under the *Food and Drugs Act*. Crown prosecutors would henceforth be permitted to prove orally, under oath, by affidavit or solemn declaration, the status of the signatory of the certificate, who thus no longer had to appear in court. However, a judge could require the analyst to appear before him for examination or cross-examination to better assess the information contained in the affidavit or solemn declaration. The amendment was designed to ensure greater respect for the fundamental rights of the accused.

The Le Dain Commission (1969-1973)

When parliamentarians were examining the provisions of the *Food and Drugs Act* in 1969, they asked that a special committee be struck to look into the issue of drug use in Canada, particularly the use of cannabis. On May 29, 1969, the Liberal government headed by Pierre Elliott Trudeau passed Order-in-Council P.C. 1969-1112, establishing the Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs, more commonly known as the Le Dain Commission. One of the reasons put forward to justify its creation was:

That notwithstanding these measures and the competent enforcement thereof by the R.C.M. Police and other enforcement bodies, the incidence of possession and use of these substances for non-medical purposes

⁸¹ *Hansard*, House of Commons, March 27, 1969, page 7203.

⁸² *Hansard*, House of Commons, March 27, 1969, page 7203.

*has increased and the need for an investigation as to the cause of such increasing use has become imperative.*⁸³

The Commission's activities and reports

The Commission carried out its activities from mid-October 1969 until December 14, 1973, when its final report was tabled. During this period, it heard from 639 groups and individuals: 295 organizations presented briefs and 43 appeared before the members of the Commission; 212 individuals made submissions and 89 gave oral presentations. In total, the Commission held public hearings in 27 cities, including Ottawa and the ten provincial capitals, travelling some 50,000 miles around the country. During its term, the Commission published four reports: an interim report (1970), a special report on cannabis (1972), a report on treatment (1972) and a final report (1973). In addition to its Chairman, Gerald Le Dain, the Commission comprised four members: Ian L Campbell, Heinz Lehman, Peter Stein and Marie-Andrée Bertrand.

Before reviewing the Commission's recommendations in relation to cannabis, it is worthwhile to look into four aspects of the Commission's work that Dr. Marie-Andrée Bertrand brought up at a hearing of our Committee.

The first relates to the Commission's mandate, which was "extremely generous and broad." She presented it thus:

(a) to marshal from available sources, both in Canada and abroad, data and information comprising the present fund of knowledge concerning the non-medical use of sedative, stimulant, tranquillizing, hallucinogenic and other psycho tropic drugs and substances;

(b) to report on the current state of medical knowledge respecting the effect of the drugs...;

(c) to inquire into and report on the motivation underlying the non-medical use referred to in (a);

(d) to inquire into and report on the social, economic, educational and philosophical factors relating to the use for non-medical purposes... in particular, on the extent of the phenomenon, the social factors that have led to it, the age groups involved, and problems of communications; and

(e) to inquire into and recommend with respect to the ways or means by which the Federal Government can act, alone or in its relation with Government at other levels, in the reduction of the dimensions of the problems involved in such use.

Because the mandate was so broad, commissioners and the Commission's personnel got involved in a vast project which, in my opinion, had a great deal of impact on Canadian society. I am convinced that even though it had no influence at all on criminal legislation, the Le Dain Commission brought about a

⁸³ Le Dain, G., et al., (1973) *Canadian Government Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs*, Ottawa: Government of Canada, page 4.

*considerable change in the mentalities of Canadians, as it raised, for instance, awareness about the effects of traditional drugs.*⁸⁴

Second, the method used by the Commission to seek the opinions of Canadians. After mentioning the Commission's travel, she recalled that the public hearings gave the public an opportunity to ask questions and to confront the experts.

*Thus, we raised a wide national debate on the factors whereby Canadian society ... can, frequently resort to psychotropic substances to alleviate some of its suffering. In my opinion, the generosity of the mandate, the method of consultation, the style and attitude of the commissioners - and more specifically those of the Commission's chairman - brought about an effervescence of ideas about democracy, about how the State functions, and about the feeling of alienation that many Canadians felt and still feel vis-à-vis their national, provincial or municipal government.*⁸⁵

Third, the Commission's research mandate. Dr. Bertrand stated that the Le Dain Commission, at the height of its mandate, employed 100 persons, 30 of whom were full-time researchers. These researchers basically worked on four targets: (1) the effects of the drugs – and especially of cannabis, (2) drug use, (3) treatment problems, and (4) the influence of the media on the phenomenon.

Fourth, the Commission's impact. Dr. Bertrand believes that the democratic debate kicked off by the Commission had significant impact on knowledge about drugs. Many people came to understand that stereotypes of drug users as criminals were just that—stereotypes. The Commission also kicked off a deep debate about the factors pushing people to take drugs and increased awareness of these issues. What became apparent very quickly after the Commission started its work was Canadians' feeling of alienation from Canadian politicians and lawmakers, and the frustration that ordinary people are not listened to in this country.

The special report on cannabis

Before presenting their recommendations in connection with a new public policy on cannabis, the Commissioners made a number of observations about Canadian cannabis legislation.

- ❖ The decision to criminalize cannabis was made “*without any apparent scientific basis nor even any real sense of social urgency* [...]”⁸⁶
- ❖ The reversal of the evidentiary burden of proof for an offence of possession for the purpose of trafficking places a very heavy burden on the accused – significantly

⁸⁴ Dr. Marie-Andrée Bertrand, Professor Emeritus of Criminology, Université de Montréal, Evidence presented to the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, Thirty-Seventh Parliament, 2001, page 45.

⁸⁵ *Ibid.*, page 46.

⁸⁶ Le Dain, G. et al., (1972) *Cannabis: A Report of the Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs*, Ottawa: Government of Canada, page 230.

weakening the principle of the presumption of innocence – since he must prove that he did not intend to traffic by a preponderance of evidence, not just by raising a reasonable doubt in the mind of the judge or jury.

- ❖ Law enforcement is made very difficult by the very nature of the offences that take place secretly and often on a consensual basis, and extraordinary methods of law enforcement must be used. However, *“the combined effect of their use in connection with [drug] laws has been one of the chief causes of concern about the impact of the criminal law in this field.”*⁸⁷
- ❖ RCMP officers and officers in the provincial or municipal police services do not have the necessary financial, human or technical resources to curb narcotics trafficking as well as dealing with simple possession offences. All too often, possession cases are discovered accidentally in the course of other police investigations or surveillance activities over several months, resulting in a discriminatory application of the law.
- ❖ The decision as to whether to proceed by indictment or summary conviction varies considerably from one area to another of the country, and is influenced by the number of ongoing cases involving narcotics and the significant discretion exerted by crown attorneys. This inequitable application of the law can have extremely serious consequences on a defendant’s future, particularly if a criminal record is the outcome.⁸⁸
- ❖ Sentencing practices in drug cases are characterized by a wide disparity across Canada because of individual judges’ perceptions about drug addiction, and their relative experience in criminal law and with cases involving simple possession or drug trafficking. According to the Commission’s research, judges with greater experience in these types of cases handed down more lenient sentences. For example, sentences for simple possession involved fines or probation when a defendant did not have a criminal record, and, in trafficking cases, imprisonment of less than two years;⁸⁹ and
- ❖ From 1968 to 1971, the proportion of fines imposed for simple possession of cannabis increased from 1 % of all dispositions to more than 77 %.⁹⁰

While the Commissioners agreed with these observations, their conclusions and recommendations were not unanimous.

The majority opinion – the recommendations of Gerald Le Dain, Heinz Lehman and Peter Stein

In order to explain the underlying reasons for their recommendations, the majority based their conclusions on the concept of harm, considering this the most

⁸⁷ *Ibid.*, page 239.

⁸⁸ *Ibid.*, page 245.

⁸⁹ *Ibid.*, pages 248-249.

⁹⁰ *Ibid.*, page 249.

useful criterion for laying down a new social policy for cannabis. This principle is associated both with the harm caused to an individual who uses a harmful substance, particularly his physical or mental health, and with the harm the individual causes to society, i.e. the impact on his family and colleagues. The concept of harm was of significance to the majority, since it made it possible to assess whether society should be concerned about the adverse effects of cannabis on human health and on society and, if such were the case, to what extent should criminal law apply in order to reduce those adverse effects. Should one criminalize simple possession of cannabis or only trafficking? Should measures such as decriminalisation or legalization be considered?

Initially, the majority wanted to eliminate some of the myths about the danger of cannabis:

*The evidence of the potential for harm of cannabis is far from complete and far from conclusive. It is possible to find some fault with the methodology or the chain of reasoning in virtually all of the evidence. [...] On the whole, the physical and mental effects of cannabis, at the levels of use presently attained in North America, would appear to be much less serious than those which may result from excessive use of alcohol. However, there has not been sufficient experience with long-term, excessive use of cannabis under North American conditions to justify firm and final conclusions.*⁹¹

Regarding the amotivational syndrome, the Commission said it did not have conclusive data about personality change.

*Some observers have spoken of apathy and a loss of goals, an absorption in the present with little or no thought for the future. All of these symptoms might be equally associated with a profound change of values and outlook which many might regard as salutary.*⁹² *In our opinion, these concerns justify a social policy designed to discourage the use of cannabis as much as possible, particularly among adolescents.*⁹³

The Commission did not have specific and conclusive scientific data to identify the harmful or beneficial effects of cannabis. On the other hand, while it believed that the dangers of cannabis (particularly those involving operation of a motor vehicle, poly-drug use, long-term mental deterioration and disorder, and criminality) were exaggerated, the Commission recognized that cannabis, like all other drugs, can have particularly harmful effects when it is used along with other drugs and that its use by adolescents could have a harmful effect on their maturation. The majority of members explained that, even if the use of cannabis is not a threat to the foundations of Canadian society or to our system of values based, for example, on a productive life, this element could not be excluded from the formulation of a new policy on cannabis.

⁹¹ *Ibid.*, pages 266-267.

⁹² *Ibid.*, page 270.

⁹³ *Ibid.*, page 274.

Secondly, since, in addition to health problems, cannabis use entails significant costs to the family, to society and to the economy, the majority justified the use of the criminal law, stating:

*In our opinion, the state has a responsibility to restrict the availability of harmful substances-and in particular to prevent the exposure of the young to them-and that such restriction is a proper object of the criminal law [...] where, in its opinion, the potential for harm appears to call for such a policy.*⁹⁴

For this reason, the majority rejected a public policy model based on legalization of the use and distribution. Even if legalization would have had the benefit of better controlling supply and quality, without a considerable increase in the number of long-term users, it could have led to some users moving on to hashish, with its higher concentration of THC, or encouraged users to smoke more marijuana or other cannabis products in order to obtain the desired psychoactive effect, and this would have cancelled out the effectiveness of control measures and increased the likelihood of abuse.⁹⁵

Therefore, the majority recommended maintaining the offences of cannabis trafficking, of possession of cannabis for the purpose of trafficking, and importing and exporting cannabis. However, it adopted a much more liberal position with regard to controlling the demand:

*The criminal law should not be used for the enforcement of morality without regard to potential for harm. [...] If we admit the right of society to use the criminal law to restrict the availability of harmful substances in order to protect individuals (particularly young people) and society from resultant harm, it does not necessarily follow that the criminal law should be applied against the user as well as the distributor of such substances.*⁹⁶

In this context, the majority felt it was necessary to amend the Narcotic Control Act, because “we do not believe that a change in the law need have an adverse effect on a proper appreciation of the caution with which we believe cannabis should be treated.”⁹⁷ It was necessary to restore Canadians’ confidence in and respect for the cannabis policy by reclassifying the drugs listed in the appendix to the Act, particularly cannabis. The majority opinion was based on the fact that:

While the Single Convention groups cannabis with the opiate narcotics it does not insist that it be given identical treatment in the law of the member states. The Single Convention has certainly been responsible for reinforcing the erroneous impression that cannabis is to be assimilated to the opiate narcotics but it does not prevent domestic legislation from correcting this impression. Because the present classification and legislative treatment of cannabis is so generally recognized to be erroneous and indefensible, any change in

⁹⁴ *Ibid.*, page 281.

⁹⁵ *Ibid.*, pages 283-286.

⁹⁶ *Ibid.*, page 282.

⁹⁷ *Ibid.*, page 291.

*it which corresponded more closely to the facts could be expected to command much more respect and careful attention [to the law].*⁹⁸

Restoring Canadians' confidence in the *Narcotic Control Act* also involved a comprehensive review of criminal penalties relating to cannabis. To justify this view, the majority pointed out that the harm caused by the criminal law, particularly on mere users, was more serious than the harm to their health and their environment caused by using the drug. In its analysis, the majority focussed on the consequences of sentences on young people, since over 85% of those convicted for cannabis possession or trafficking in 1970 and 1971 were under the age of 25.

A criminal record could have serious consequences for the future of young people, limiting the right to travel, and because of the family, social or professional stigma it caused. The majority were of the view that the possibility of obtaining a pardon is not sufficient to resolve this situation, since: "*the knowledge which a lot of people invariably possess of a conviction and the knowledge which can be obtained by interested parties through careful investigation cannot be eliminated.*"⁹⁹ In fact, the *Criminal Records Act* provides only for removing information about the criminal record stored in national police files following a pardon, but not information in police investigation reports, or in legal documents stored in the law courts about the trial and the sentence, let alone newspaper articles.

Moreover, the majority of members deplored the extreme severity of sentences for cannabis use, stating, "*they are out of all proportion to the harm which could possibly be caused by cannabis. Moreover, they are excessive by comparison with those of most other nations.*"¹⁰⁰ It disapproved of the maximum penalty of seven years' imprisonment for cannabis cultivation for one's own use, the mandatory minimum penalty of seven years' imprisonment for cannabis importing or exporting, as well as the possibility of life imprisonment for cannabis trafficking. The majority's criticism also covered the definition of trafficking, which included giving or offering, so that people who are merely passing a joint among friends in an evening could be charged with trafficking. The majority also mentioned that these sentences were made even more severe because:

- ❖ in the cases relating to possession of cannabis for the purpose of trafficking, the Crown could only proceed by way of indictment, with the consequence of more severe sentences; and
- ❖ the enforcement of the *Narcotic Control Act* was discriminatory (police investigations, the Crown Attorneys' discretion in deciding how to proceed, reversal of the burden of proof to the detriment of the accused, and judges' past experience).

⁹⁸ *Ibid.*, page 292.

⁹⁹ *Ibid.*, page 293.

¹⁰⁰ *Ibid.*, page 293.

The criminalization of cannabis had another negative effect: the illegal nature of simple possession and cultivation was conducive to the development of an illicit market, where some people must engage in crime or at least deal with criminals in order to obtain a supply. In some cases, people were exposed to other, more dangerous drugs. According to the majority:

*Making cannabis legally available would not isolate people from contact with the illicit market in other drugs. From the point of view of influence, the important contacts are between drug users rather than between users and traffickers. Most users are initiated into new forms of drugs by other users. Interest in other drugs would not cease if cannabis were made legally available.*¹⁰¹

Finally, the use of extraordinary police powers, such as writs of assistance, often against users, only discredited the law further and adversely affected the morale of law enforcement authorities.¹⁰²

For all these reasons, the majority recommended:

- ❖ that importing and exporting should be included in the definition of trafficking (as they are under the Food and Drugs Act), and they should not be subject to a mandatory minimum term of imprisonment;
- ❖ that it be possible to proceed by indictment or summary conviction in the case of trafficking and possession for the purpose of trafficking, and, on indictment, the penalty for this offence should be five years, and on summary conviction, eighteen months. It should be possible in either case to impose fine in lieu of imprisonment;
- ❖ that the prohibition against the simple possession of cannabis be repealed;
- ❖ that trafficking should not include the giving, without exchange of value, of a quantity of cannabis which could reasonably be consumed on a single occasion;
- ❖ that the prohibition against cultivating cannabis for personal use be repealed; and
- ❖ that the burden of proof on a person charged with possession for the purposes of trafficking be lightened, by stipulating in the Act that it is sufficient for the accused to raise a reasonable doubt as to his intention to traffic.

¹⁰¹ *Ibid.*, page 296.

¹⁰² *Ibid.*, pages 295-299.

Minority Opinion—the recommendations of Marie-Andrée Bertrand

According to Marie-Andrée Bertrand, Canada's cannabis policy required an in-depth reform that went far beyond merely amending the *Narcotic Control Act*. Dr. Bertrand took a much more liberal approach than the majority, and particularly Ian L. Campbell, as we will see below. Dr. Bertrand wrote that the Commission's research findings "*establish that a large number of people have used cannabis-more than a million in Canada. Very few of them have ever required medical or psychological treatment as a consequence. Smoking marijuana or hashish generally produces no serious personal problems, nor does it result in criminality.*"¹⁰³ Cases of habitual and excessive use were exceptional, as most users used cannabis recreationally. Any new public policy aiming at controlling cannabis use effectively without causing harm both to users and to society should consider these determinants. The use of the criminal law was out of the question. According to the Commissioner, there were several arguments in support of this conclusion.

Like the majority, she rejected a number of prejudices concerning harm caused by cannabis to human health, in particular its effects on brain activity and the ability to drive a vehicle, but recognized nevertheless that in large amounts cannabis could cause psychoses. While Marie-Andrée Bertrand commented that cannabis might have an effect on adolescent maturation, she said that very few facts supported the hypothesis put forward by the majority.¹⁰⁴ She also concluded that there was no relationship between cannabis use and criminality, aggression or the infamous amotivational syndrome.¹⁰⁵ Moreover, she rejected claims that cannabis use leads to poly-drug use in most users:

*[...] a certain proportion of cannabis users take other drugs [...]. We are not dealing with a phenomenon that is limited to cannabis, LSD and the amphetamines (which are used in combination by only a few), but with an almost indiscriminate use of mood-changing substances in our society. When we include alcohol, it can be said that Canadians consume great quantities of a variety of psychoactive drugs, even if cannabis is excluded.*¹⁰⁶

Second, users could not be sure of the quality of cannabis they bought, with all the concomitant repercussions, given the illicit and clandestine nature of production and distribution activities. Dr. Bertrand responded to the argument made by the majority that quality control of cannabis in a legal market would encourage a number of users to move to hashish by saying that no evidence points to such a possibility.¹⁰⁷

Third, the prohibition of cannabis trade and illicit use was expensive and ineffective. Attempts to curb trafficking, despite all the efforts made by RCMP officers and municipal police forces, along with severe penal sanctions, were ineffective. The

¹⁰³ *Ibid.*, page 303.

¹⁰⁴ *Ibid.*, page 308.

¹⁰⁵ *Ibid.*, pages 307-309.

¹⁰⁶ *Ibid.*, page 308.

¹⁰⁷ *Ibid.*, page 309.

sentences provided for simple possession no longer had any dissuasive effect, since a million Canadians were using or had used cannabis.

Fourth, in its current form, the law had no educational or dissuasive impact, since Canadians' perception of the harm caused by cannabis was no longer the same as the government's. In this connection, Marie-Andrée Bertrand wrote:

*A more important factor underlying problems in the application of the law is the gradual change in opinion taking place among Canadians regarding the harmfulness of this substance. The evidence has been taken into account - cannabis is not an opiate, its use does not induce physical dependence. The earlier opinions of society have been challenged and modified. [...] However, the continued prohibition of cannabis has precipitated, among many users, a generalized disrespect for the law.*¹⁰⁸

For all these reasons, Marie-Andrée Bertrand recommended a “controlled legalization” policy for cannabis. She concluded that the federal government should remove cannabis from the *Narcotic Control Act* and initiate discussions with the provinces to have the sale and use of cannabis placed under controls similar to those governing the sale and use of alcohol. Such a system would entail regulations prohibiting the sale or distribution of cannabis to minors, and governing the distribution of a quality product at a price that would make smuggling impractical. To guarantee the success of the new approach, the federal and provincial governments were to work together in developing all stages of the production and distribution of cannabis, while undertaking multidisciplinary epidemiological research to evaluate the repercussions of a controlled legalization policy on health and human behaviour and to monitor patterns of use.¹⁰⁹

Lastly, Marie-Andrée Bertrand considered that this policy would prove beneficial, not only for users, but also for the federal and provincial governments because of the considerable revenue they might well derive from the sales taxes on such a popular product.¹¹⁰

Minority Opinion—the recommendations of Ian Campbell

In comparison with the very liberal recommendations made by Marie-Andrée Bertrand, the recommendations by Ian Campbell were much more conservative in tone. Although he was in almost full agreement with the conclusions of the majority, he firmly believed that decriminalizing simple possession of cannabis would be misinterpreted by the media and by Canadians. If cannabis were legalized, the signal that would be sent out to society, particularly to young people, would be that cannabis is harmless, and might eventually lead to the accepted use of other, much more dangerous drugs. In this regard, he stated that, in both cases:

¹⁰⁸ *Ibid.*, p. 304

¹⁰⁹ *Ibid.*, pp. 310-311

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 304

I think there is also a risk that the repeal of the prohibition on the possession of cannabis, even by the young, would be misunderstood as indicating a willingness by the society to condone and accept the use of the drug. There is little evidence to suggest that such a willingness exists. [...] The risk of such progression is probably not as great among those who have been deterred from use by the present law as among those who have already used cannabis. But the risk of progression is nonetheless real for some considerable number.¹¹¹

He also felt that maintaining the prohibition had a positive benefit—that of protecting young people from the harm caused by cannabis:

The potential for harm from adult use of cannabis is probably very much less than from use by the young. But, I find sufficient reasons to recommend the continuation of the general prohibition. Not the least of these reasons is the practical impossibility, at this time, of using the law to convey a perception of the dangers of cannabis without maintaining the prohibition for all, whether young or old.¹¹²

Against this backdrop, the law was in the interest of prevention and morality, protecting as it did both individuals and society. Continuing in this vein, Mr. Campbell spoke about cannabis and young people's lack of maturity, saying:

We have properly been concerned about the damage done by placing too many duties and responsibilities on the individual too early. But it seems to me that recently we have been far too little concerned with the consequences of placing too many rights and freedoms on the shoulders of the young.¹¹³

Despite it all, like other members of the Commission, Mr. Campbell recognized that some penal sanctions provided by the law could cause harm that was disproportionate in comparison with the real harm caused by cannabis on human health and society. He therefore recommended that the prohibition on the possession of cannabis be maintained, with possession of cannabis being punishable, upon summary conviction, by a fine of \$25.00 for the first offence and a fine of \$100.00 for any subsequent offence. Maintaining the prohibition would benefit not only users, but also police officers, since it:

Is entirely reasonable to assume that a high proportion of those currently arrested for possession as a result of systematic police investigation are in fact guilty of trafficking.¹¹⁴

The work of the Le Dain Commission ended on December 14, 1973 when its final report was tabled. On July 31, 1972, John Munro, Minister of Health, revealed the policy that the federal government wanted to pursue following the tabling of the Commission's special report on cannabis. Even though he refused to legalize the use of

¹¹¹ *Ibid.*, page 311

¹¹² *Ibid.*, page 313

¹¹³ *Ibid.*, page 314

¹¹⁴ *Ibid.*, page 316

cannabis, the Minister stated his intention to remove cannabis from the *Narcotics Control Act* and place it under the *Food and Drugs Act*. This measure would be accompanied by lighter sentences for certain cannabis-related offences, research and education programs about its non-medical use, and less severe legal consequences for users. This measure would have covered hashish since the government “*wanted to make a clear distinction between this drug [cannabis] and dangerous narcotics like heroin.*”¹¹⁵ Two years later, on November 26, 1974, the federal government met its commitments by tabling Bill S-19 in the Senate.

Bill S-19 and cannabis

Bill S-19 created Part V of the *Food and Drugs Act* entitled “Cannabis”. Thus, as recommended in the majority opinion expressed in the Le Dain Commission’s special report, cannabis and cannabis users were no longer subject to the harsh provisions of the *Narcotic Control Act*.

Clause 7 of Bill S-19 defined “cannabis” as hashish, marijuana, cannabidol and THC. It continued the offence of possession, which, however, could only be prosecuted summarily. Anyone convicted of a first offence would be liable to a maximum fine of \$5000 or, failing payment, to a maximum prison term of six months. For repeat offences, the fine would be fixed at an amount not exceeding \$1,000 or, failing payment, a prison term not exceeding six months could be imposed. As may be seen, fines were favoured over imprisonment for simple possession.

The Bill also maintained the offences of trafficking, possession for the purposes of trafficking and cultivation of cannabis without a permit provided for by the *Narcotic Control Act*, punishable on summary conviction by a maximum fine of \$1,000 or a prison term of up to 18 months or, if prosecuted by way of indictment, by a prison term of up to 10 years. The penalties provided were thus less severe than those provided for by the Act of 1961, except for the cultivation of cannabis. Although Bill S-19 created a dual-procedure offence for this crime, the maximum prison term was more severe (10 years rather than seven if prosecuted by way of indictment).

Lastly, a person convicted of importing or exporting cannabis was liable, on summary conviction, to a maximum prison term of two years or, if prosecuted by way of indictment, to a prison term of three to 14 years. Parliament thus wanted to show that cannabis trafficking and smuggling were crimes which it still considered very serious.

Apart from these offences, Bill S-19 also contained the criminal procedures included in Parts III and IV of the *Food and Drugs Act* (evidence of possession for the purpose of trafficking, certificate of the analyst, police powers and so on). Lastly, the provisions respecting regulations that the governor in council may make concerning the

¹¹⁵ VALOIS, Donat, “La marijuana et le haschisch ne seront pas légalisés”, *Le Droit*, Ottawa, August 1, 1972.

issuing of cultivation permits and possession of cannabis were now contained in the new Part V.

The Bill was considered by the Senate Standing Committee on Legal and Constitutional Affairs, which, in its report, recommended three amendments. The first added a provision for an exception to the *Criminal Records Act* so that any person receiving an absolute or conditional discharge would be automatically pardoned. The purpose of this measure was to eliminate the possibility that a criminal record might remain with the Canadian Police Information Centre (CPIC) following discharge. The second amendment increased the maximum prison term for trafficking in a narcotic from 10 to 14 years less a day. The third repealed the minimum term of three years for smuggling.

Bill S-19 was passed on third reading on June 15, 1975 and referred to the House of Commons, where it never passed second reading. In the fall of 1976, Mitchell Sharp stated in an interview that the bill would not be reintroduced since more important legislation was under consideration.

AFTER LE DAIN: FORGING AHEAD REGARDLESS

Throughout the 1970s, a number of federal politicians promised major reforms to lessen, even eliminate, the criminal penalties imposed on cannabis users. In 1972, the Liberal Party of Canada stated in its election platform that it intended to amend Canada's policy on marijuana,¹¹⁶ which likely gave birth to Bill S-19. In 1978, Joe Clark, Leader of the Progressive Conservative Party, declared that a government formed by his political party would decriminalize possession of that drug.¹¹⁷ However, promises of reform ceased in the early 1980s.

In the mid-1980s, Canadians witnessed a significant change in the federal government's position on drugs. This new situation was perhaps not unrelated to the U.S. policy of "war on drugs" adopted in the early 1980s by President Ronald Reagan. The United States once again became very active within international drug control agencies to encourage the international community to take energetic measures to put an end to drug trafficking, which "threatened American youth".

In 1987, Canada became actively involved in the work of the International Conference on Drug Abuse and Illicit Trafficking.¹¹⁸ Two important events occurred at that meeting organized under the aegis of the United Nations. First, delegates passed a full multidisciplinary plan for future activities to combat drug abuse encouraging the

¹¹⁶ Spicer, L. (2002) *Historical and Cultural Uses of Cannabis and the Canadian "Marijuana Clash"*. Ottawa: Parliamentary Research Branch, Library of Parliament.

¹¹⁷ Giffen, P.J. et al., (1991) *Panic and Indifference: The Politics of Canada's Drugs Laws*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse, page 571.

¹¹⁸ Briefing notes, Research Office of the Progressive Conservative Party of Canada, June 1, 1987.

states to comply with their obligations under existing treaties. That initiative targeted four important areas: prevention and reduction of demand for illicit drugs, control of supply, suppression of illicit trafficking and treatment and rehabilitation. For the first time, international legal instruments made express provision for the reduction of supply. Second, delegates put the final touches on the treaty to suppress drug trafficking on a global scale. That treaty was passed in Vienna on December 20, 1988 as the *Convention on Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances* (Convention of 1988).

In addition to taking part in the work leading to the adoption of that convention, starting in the mid-1980s, Canada stepped up its international efforts with regard to drugs. In June 1987, it ratified the Convention on Psychotropic Substances of 1971¹¹⁹ and promised to increase its financial participation in the United Nations Fund for Drug Abuse Control to \$1 million by 1991. The Canadian government justified its participation in the international drug effort as follows:

*"The Government is acting to stem the flow of drugs in and out of Canada, not only because Canadians are among the victims of drug abuse, but also because we have a role to play as responsible citizens of the world."*¹²⁰

Canada was influenced by this international effort when, on September 13, 1988, before it had even signed or ratified the Convention of 1988 – which was not done until 1990 – Parliament passed Bill C-61, designed to combat laundering of the proceeds of crime (money laundering, enterprise crime, etc.). The Bill was aimed at organized crime and the financing of its operations through drug trafficking. The *Criminal Code* and the *Narcotic Control Act* were thus amended to create two new offences: laundering of proceeds of crime and possession of property obtained through drug trafficking. These new provisions also applied to the illegal activities of drug cultivation, trafficking and importing and exporting in or outside Canada if they were committed by Canadian citizens. Parliament did not need to legislate to criminalize the other activities prohibited by the Convention of 1988 since, as noted above, many had already been covered since 1961.

Controlled Drugs and Substances Act

In accordance with the commitment the federal government made in 1987, Minister of Health Perrin Beatty tabled Bill C-85, *An Act respecting psychotropic substances*, on June 11, 1992. It merged Parts III and IV of the *Food and Drugs Act* as well as the

¹¹⁹ International Narcotics Control Board, *Report of the International Narcotics Control Board for 1987*, Vienna, United Nations Organization, 1988, p. 21.

¹²¹ The tables of penalties in this section are reproduced from *Bill C-8: An Act to regulate certain drugs and other substances*, Legislative Summary 240, prepared by Allain, J., (1996; revised May 1997) Ottawa: Law and Government Division, Parliamentary Research Branch, Library of Parliament.

Narcotic Control Act into a single piece of legislation. Bill C-85 never passed report stage and died on the Order Paper in September 1993, when the 34th Parliament was dissolved.

On February 2, 1994, the new Minister of Health, Diane Marleau, retabled the legislation proposed by the former government under a different name, the *Controlled Drugs and Substances Act* (CDSA), which was passed by the House of Commons on October 30, 1995. After the first session of the 35th Parliament was prorogued, the bill was reintroduced in the Senate on March 6, 1996, and renumbered Bill C-8. The legislation went into effect on June 20, 1996.

This was the first major reform of Canada's drug legislation since the 1960s. Apart from the amendments made in 1988 under Bill C-61, the *Narcotic Control Act* had been amended in 1985 to abolish the writ of assistance and the procedure for establishing proof of possession of narcotics for the purpose of trafficking. In 1987, in *R. v. Smith*, the Supreme Court of Canada ruled that the minimum prison term of seven years for importing or exporting was unconstitutional under section 12 of the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* (cruel or unusual punishment), as a result of which it was repealed.

One of the objects of the bill was to meet Canada's international obligations under the *Single Convention on Narcotic Drugs* (1961), the *Convention on Psychotropic Substances* (1971), and the *United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances* (*Vienna Convention*, 1988). It was further designed to introduce a legislative framework for regulating the import, production, export, distribution and use of scheduled substances under previous acts. The following sections describe the main provisions of this legislation.

Substances

The merger of the schedule of the *Narcotic Control Act* with those of the *Food and Drugs Acts* of 1961 and 1969, combined with the addition of new substances such as benzodiazepines and the precursors of this long list of substances, considerably increased the number of drugs subject to the restrictive provisions and procedures of the CDSA.

The expression "controlled substance" means a substance included in Schedule I, II, III, IV or V. In addition, the Act defines the term "analogue" as any substance that, in relation to a controlled substance, has a substantially similar chemical structure. Furthermore, anything that contains or has on it a controlled substance and that is used or intended or designed for use in producing or introducing the substance into the human body will be treated in the same way as that illegal substance.

- ❖ **Schedule I:** narcotic drugs such as opium, morphine and cocaine.
- ❖ **Schedule II:** cannabis, hashish, cannabinol, etc.

- ❖ **Schedule III:** stimulants such as amphetamines, hallucinogenics, such as mescaline, LSD and DET, and sedatives such as methaqualone, commonly called quaalude.
- ❖ **Schedule IV:** among others, anabolic steroids, hypnotics such as barbiturates and benzodiazepines (better known by their trademarks Seconal, Luminal, Valium and Librium).
- ❖ **Schedule V:** enumerates other substances that may be abused.
- ❖ **Schedule VI:** precursors, which produce no effects on the mind but can be converted or used to produce designer drugs, "simili-drugs" or substances contained in the schedules under Canada's international obligations under the *Single Convention on Narcotic Drugs* (1961) and the *Vienna Convention* of 1988.
- ❖ **Schedules VII and VIII:** concerning application of penalties for cannabis offences.

A total of more than 150 drugs, psychotropic substances and precursors now appear in the schedules of the act. It should be noted that section 60 of the CDSA continues the provision adopted in 1911 that the Governor in Council may, by order, amend any one of the schedules of the act by adding or deleting one or more substances where the Governor in Council deems the amendment to be necessary in the public interest.

Part I: Offences and Punishment

Participation in the aforementioned activities would not necessarily result in criminal penalties. As will be seen below, the act provides for regulations authorizing the possession, import and export and production for medical, scientific, industrial purposes or for the purposes of the act. Part I of the CDSA enumerates a number of types of offences:

(1) Possession of a Schedule I, II or III substance (subsection 4(1)); obtaining or seeking to obtain a Schedule I, II, III or IV substance, or the order necessary to obtain it from a practitioner (subsection 4(2)). The following table shows the maximum penalties for the offence of possession:¹²¹

Possession of a Schedule I Substance	
Indictable offence	Seven years' imprisonment
Summary conviction	Fine of \$1,000 or 6 months' imprisonment or both
Reoffence	Fine of \$2,000 or one year's imprisonment or both
Possession of a Schedule II Substance (cannabis in all its forms):	
Indictable offence	Five years' imprisonment less a day
Summary conviction	Fine of \$1,000 or 6 months' imprisonment or both
Reoffence	Fine of \$2,000 or one year's imprisonment or both
Possession of a Schedule VIII Offence (less than 1 g of cannabis resin (hashish) or less than 30 g of marijuana)	
Summary conviction only	Fine of \$1,000 or 6 months' imprisonment or both
Possession of a Schedule III Substance	
Indictable offence	3 years' imprisonment
Summary conviction	Fine of \$1,000 or 6 months' imprisonment or both
Reoffence	Fine of \$2,000 or one year's imprisonment or both

The penalties imposed for the offence under subsection 4(2) are similar but slightly different from those provided for possession.

(2) Trafficking in a Schedule I, II, III or IV substance or any substance represented to be such a substance. Trafficking is defined as any transaction to sell, administer, give, transfer, transport, send or deliver a schedule substance, or to offer to do any one of those things. To "sell" means offering for sale, exposing for sale, having in one's possession for sale and distributing a substance, whether or not the distribution is made for consideration (subsection 5(1)); possessing any Schedule I, II, III or IV substance for the purpose of trafficking (subsection 5(2)). The following table shows the maximum penalties for these offences:

Trafficking in a Schedule I or Schedule II Substance (except in cases involving less than 3 kg of cannabis)	
Indictable offence	Life imprisonment
No summary conviction offence	
Trafficking in a Schedule III Substance	
Indictable offence	10 years' imprisonment
Summary conviction	18 months' imprisonment
Trafficking in a Schedule IV Substance	
Indictable offence	Fine of \$1,000 or 6 months' imprisonment or both
Summary conviction	One year's imprisonment

Trafficking in cannabis is not always punishable by the maximum penalty of life imprisonment. In cases of trafficking involving less than 3 kg of cannabis, a person is

guilty of an indictable offence and subject to a maximum term of five years' imprisonment less a day.

(3) Importing or exporting any Schedule I to VI substance (subsection 6(1)); having in one's possession any Schedule I to VI substance for the purpose of exporting it (subsection 6(2)). The following table shows the maximum penalties for these offences:

Importing or Exporting a Schedule I or II Substance	
Indictable offence No summary conviction	Life imprisonment
Importing or Exporting a Schedule III or IV Substance	
Indictable offence	10 years' imprisonment
Summary conviction	18 months' imprisonment
Importing or Exporting a Schedule IV Substance	
Indictable offence	3 years' imprisonment
Summary conviction	One year's imprisonment

(4) Producing a Schedule I, II, III or IV substance. The expression "produce" is defined as meaning to obtain a substance by any method or process including manufacturing, synthesizing or using any means of altering the chemical or physical properties of the substance, or cultivating, propagating or harvesting the substance or any living thing from which the substance may be extracted or otherwise obtained. The following table shows the maximum penalties for this offence:

Producing a Schedule I or II Substance (other than cannabis/marijuana)	
Indictable offence No summary conviction	Life imprisonment
Producing cannabis (marijuana) (less than 1 g of cannabis resin (hashish) or less than 30 g of marijuana)	
Indictable offence	7 years' imprisonment
No summary conviction	
Producing a Schedule III Substance	
Indictable offence	10 years' imprisonment
Summary conviction	18 months' imprisonment
Producing a Schedule IV Substance	
Indictable offence	3 years' imprisonment
Summary conviction	One year's imprisonment

(5) Possession of property obtained by crime (section 8) and offences relating to the laundering of proceeds of crime (section 9).

The penalties are obviously closely related to the schedule in which the substance in question appears. Furthermore, the penalties determined for cannabis offences also vary considerably depending on the quantity involved, a subject discussed in greater detail below.

Section 10 of the Act states the purpose of sentencing, which is to contribute to the respect for the law and the maintenance of a just, peaceful and safe society while encouraging rehabilitation, and treatment in appropriate circumstances, of offenders and acknowledging the harm done to victims and to the community. This section also provides a list of circumstances which the court is required to consider as “aggravating” factors in determining the sentence that shall be imposed on a person convicted of a designated substance offence. Those factors are: the use of a weapon or use of or threat to use violence, trafficking in a substance on or near school grounds or in or near any public place frequented by minors or by persons under the age of 18 years, and previous convictions of a designated substance offence. In addition, the use of the services of a minor in the commission of a designated substance offence is an aggravating factor. Any judge deciding not to sentence a person to imprisonment despite the presence of one or more aggravating factors is required to give reasons for that decision.

Part II: Enforcement

Sections 11 and 12 of the act concern search and seizure activities, which are discussed in greater detail in Chapter 14.

Section 13 incorporates certain *Criminal Code* provisions establishing a detailed plan for the return, reporting and detention of seized property. In the case of offence-related property, the *Criminal Code* provisions apply subject to sections 16 to 22 of the Act. Furthermore, a separate procedure is established under sections 24 to 29 to determine the disposal of controlled substances. It should be noted that section 14 provides for the issuing of a restraint order in respect of offence-related property.

Sections 16 and 17 concern the forfeiture of offence-related property. Offence-related property is defined as any property, within or outside Canada, by means of or in respect of which a designated substance offence is committed, that is used in any manner in connection with the commission of a designated substance offence, or that is intended for use for the purpose of committing a designated substance offence, but does not include a controlled substance or real property, other than real property built or significantly modified for the purpose of facilitating the commission of a designated substance offence. A court which convicts a person of a designated offence shall order the forfeiture of offence-related property where it is satisfied, on a balance of probabilities, that the property is offence-related property. Where the offence-related

property cannot be related to the offence with which the person is charged, the court may nevertheless order its forfeiture. The court may make such order where it is satisfied, beyond a reasonable doubt, that it is offence-related property. Furthermore, offence-related property may be forfeited even if legal proceedings were never instituted. The court shall render an order of forfeiture of property if it is satisfied (1) beyond a reasonable doubt that any property is offence-related property, and (2) that proceedings in respect of a designated substance offence in relation to the property were commenced, and (3) that the accused charged with the offence has died or absconded.

Sections 18 to 22 are essentially a restatement of sections 462.4 to 462.45 of the *Criminal Code*. The purpose of these provisions is to protect the interests of innocent third parties and good-faith buyers. As a general rule, if the court is satisfied that the claim is lawful, it may order the return of the property (or payment of its value if restitution is impossible) to the person who is its legitimate owner or who is entitled to own it.

Section 23 merely incorporates the *Criminal Code* provisions on forfeiture of proceeds of crime. The same terms and conditions are thus established in the case of the forfeiture of the proceeds of designated offences.

Part III – Disposal of Controlled Substances

Under subsection 13(4) of the Act, where a controlled substance has been seized, a report identifying the place searched, the substance seized and the location where it is being detained shall be filed with the justice of the peace of the territorial division concerned. Sections 24 to 29 of the Act govern the disposal of controlled substances.

Section 24 establishes the pre-trial procedure for the return of controlled substances. For example, any person may, within 60 days after the date of the seizure, finding or acquisition by a peace officer or inspector, apply to a justice of the peace for a restitution order. If the justice is satisfied that the application is valid, he shall order that the substance be returned to the applicant. In the opposite case, the justice orders forfeiture to the Crown. The substance is then disposed of in accordance with the applicable regulations or as the Minister directs. Where no application for return is made, the substance is delivered to the Minister and disposed of in accordance with the applicable regulations or, failing such regulations, in such manner as the Minister directs.

It should be noted that section 26 enables the Minister to ask the justice of the peace to order that a controlled substance be forfeited, at any time, if he has reasonable grounds to believe that it constitutes a potential security, public health or safety hazard. The application is essentially made *ex parte*. If the justice of the peace finds that the Minister has reasonable grounds to believe that the substance constitutes a potential security, public health or safety hazard, he orders its forfeiture. The substance is then disposed of in accordance with the applicable regulations or, if there are no applicable regulations, in such a manner as the Minister directs.

Section 27 regulates the post-trial procedure for returning controlled substances seized—the persons whose substances were seized is entitled to have them returned where the court rules his activities legitimate. Otherwise, the substance is returned to the true legitimate owner, provided that that person can be identified. If neither is possible, the substance is forfeited to the Crown, which disposes of it in accordance with the applicable regulations or, if there are no applicable regulations, in such manner as the Minister directs.

Section 28 enables the Minister to dispose of a controlled substance with the owner's consent.

Lastly, under section 29, the Minister may destroy any plants from which a Schedule I, II, III or IV substance may be extracted and that is being produced without a regulatory licence or in violation thereof.

Part IV – Administration and Compliance

This part concerns the powers assigned to inspectors to ensure that holders of a regulatory authorization or licence to deal in controlled substances or precursors are complying with the regulations.

The inspector may, at any reasonable time, enter any place he believes on reasonable grounds is used for the purpose of conducting that person's business or professional practice. The Act authorizes inspectors to conduct a series of inspection acts, including seizing and holding any controlled substance or precursor which he deems on reasonable grounds must be seized or held. The Act makes provision for the return of seized property. It should be noted that, in the case of dwelling-places, the inspector must first obtain the occupant's consent or hold a warrant.

Part V – Administrative Orders for Contraventions of Designated Regulations

This part makes provision for the administrative procedure that is to be followed where a regulation designated by the Governor in Council has been contravened. Under section 33 of the CSDA, the Governor in Council may proclaim certain regulations made under section 55 as “special regulations”. Non-compliance with those regulations may result in administrative orders providing for severe penalties, including revocation of the permit or licence issued by the Minister of Health (subsection 40(4)).

Part VI – General

Sections 44 to 60 are general provisions. For example, sections 44, 45 and 51 concern the designation of analysts, the scope of their duties and the admissibility of their reports at trial.

Section 46 creates a general penalty applying to anyone who contravenes a provision of the Act for which no penalty is specifically provided or contravenes a regulation. An indictable offence is punishable by a maximum fine of \$5,000 and/or three years' imprisonment. An offence punishable on summary conviction results in a \$1,000 fine and/or six months' imprisonment.

Under section 47, summary convictions for certain offences under the act and regulations must be commenced within one year of the commission of the offence. All other summary procedures must be commenced within six months of the offence.

Other sections concern the following matters: that the prosecutor is not required, except by way of rebuttal, to prove that a certificate, licence, permit or other qualification does not operate in favour of the accused (section 48); that a copy of any document filed with a department is admissible in evidence without proof of the signature of the authority (section 49); that a certificate issued to a police officer exempting him from the act or its regulations is admissible in evidence at trial and, in the absence of evidence to the contrary, is proof that the certificate or other document was validly issued, without proof of the signature or official character of the person purporting to have certified it, although the defence may, with leave of the court, cross-examine the person who issued the certificate (section 50); that the giving of any document may be proved by oral evidence, affidavit or solemn declaration, even though the court may require the signatory to appear (section 52); that the continuity of possession of any exhibit tendered as evidence in a proceeding may be proved by the testimony, affidavit or solemn declaration of the person claiming to have had it in his possession (section 53); and that certified copies of records, books, electronic data or other documents seized may be presented as admissible evidence by the Minister's officer, the copied versions having the same probative force as the originals, unless the accused submits evidence to the contrary (section 54).

Subsection 55(1) establishes the power of the Governor in Council to make regulations. One of the objectives of Canada's drug policy was to monitor the legal trade in scheduled drugs for medical or scientific purposes. The CSDA significantly enhanced the Governor in Council's power to make regulations with respect to designated substances and precursors. The regulations made under the CSDA apply in particular to businesses, physicians and pharmacists. The Governor in Council may thus make regulations, with respect to the designated substances or precursors:

- ❖ Governing, controlling, limiting, authorizing the importation and exportation, production, packaging, sending, transportation, delivery, sale, administration, possession or obtaining of those substances or precursors;
- ❖ Issuing permits to businesses or persons permitting the aforementioned activities, defining the terms and conditions of payment and their revocation, and determining the qualifications required of permit holders;
- ❖ Controlling the methods of production, storing, packaging and restricting the advertising, if necessary, for the sale of those substances;
- ❖ Governing the books, records, electronic data or other documents that must be established by the businesses, physicians or pharmacists or any other permit holder engaged in the activities enumerated in the first point;
- ❖ Authorizing, if necessary, the communication of information obtained through investigations conducted by the inspectors of the Department of Health to provincial authorities in respect of a serious contravention of the regulations

concerning the activities defined in the first point so that they may take disciplinary measures;

- ❖ Exempting, on conditions set out in the regulations, any person or class of persons from the application of section 55.

Under subsection 55(2), the Governor in Council, on the recommendation of the Solicitor General of Canada, may make regulations that pertain to investigations and other law enforcement activities. This includes regulations exempting police officers, in certain circumstances, from the application of Part I of the Act (Offences and Penalties).

Under section 56, the Minister may, on such terms and conditions as the Minister deems necessary, exempt any person or class of persons or any controlled substance or precursor or any class thereof from the application of all or any of the provisions of the act or the regulations if, in the opinion of the Minister, the exemption is necessary for a medical or scientific purpose or is otherwise in the public interest. Section 57 concerns the delegation of the powers of the Minister and the Solicitor General.

Section 58 provides that the provisions of the act and the regulations made under it prevail over any incompatible provisions of the *Food and Drugs Act* or its regulations.

Section 59 makes it an offence to make or assent to the making of a false or misleading statement in any book, record, return or other document that must be made under the act or regulations.

As mentioned, under section 60, the Governor in Council may amend any schedule to add or delete a controlled substance.

The specific case of cannabis

In the first version of the CSDA, cannabis was cited in the schedule containing the most dangerous drugs to which the most severe criminal penalties described above applied. To allay criticism, the government agreed to withdraw cannabis from Schedule I and created Schedules II, VII and VIII, which concern that drug exclusively. Schedule II defines cannabis as marijuana, cannabis resin (hashish) cannabinol, and so on. Schedule VII established at three kilograms of cannabis or hashish the maximum quantity for the imposition of a less severe penalty for trafficking or possession for the purpose of trafficking in that substance. Lastly, Schedule VIII provided that a person who had less than one gram of hashish or less than 30 grams of cannabis in his possession for his own personal use was liable to less severe criminal penalties than those provided for in Schedule II.

As a result, if a person is convicted of possession, possession for the purpose of trafficking or possession of a quantity greater than that defined in Schedules VII and VIII, the more severe penalties provided for in Part I for Schedule I or II substances apply. Otherwise, the CSDA defines new criminal penalties. As regards Schedule VIII, section 4 of the CSDA provides that a person charged with simple possession of cannabis may be prosecuted summarily and provides for a maximum term of

six months' imprisonment, a maximum fine of \$1,000 or both. Contrary to the majority recommendation made in the 1972 special report of the Le Dain Commission respecting the reduction of the penalty imposed for importing and exporting cannabis, life imprisonment still applies. Lastly, the maximum prison term of seven years provided for by the *Narcotic Control Act* for the offence of cultivation (production) of that drug remains unchanged under the CSDA.

CONCLUSIONS

Conclusions of Chapter 12

- Early drug legislation was largely based largely on a moral panic, racist sentiment and a notorious absence of debate.
- Drug legislation often contained particularly severe provisions, such as reverse onus and cruel and unusual sentences.
- The work of the Le Dain Commission laid the foundation for a more rational approach to illegal drug policy by attempting to rely on research data.
- The Le Dain Commission's work had no legislative outcome, except in 1996, in certain provisions of the Controlled Drugs and Substances Act, particularly with regard to cannabis.
- No action was taken on the reform proposals introduced in the 1970s, particularly for the decriminalization of cannabis.
- Thirty years after the LeDain Commission, the legislation and its application have had no notable effect on the supply and demand of cannabis.
- The present act Act takes no account of data from research on the comparative effects of various substances, particularly the effects of cannabis.

CHAPTER 13

REGULATING THERAPEUTIC USE OF CANNABIS

As discussed in Chapter 9, cannabis has an extremely long history of therapeutic use, going back several thousands of years. It was often used for the same medical conditions it is used for today. With the development of the pharmaceutical industry in the last century, the medical community has gradually discontinued its use. Various factors may explain this. Developments in the pharmaceutical industry provided the medical community with more stable and better tested medication. The practice of medicine itself has changed and so has our conception of health. Then, at the turn of the 20th century, the plants from which opium, cocaine and cannabis are derived were banned by the international community, except for medical and scientific purposes. In the case of cannabis, no rigorous study had been done, until recently.

Further to the social rediscovery of cannabis and the identification of its molecular composition and chemical elements in the 1960s, renewed interest in the therapeutic applications of cannabis grew in the early 1970s. More people began using the plant for its therapeutic benefits and many demanded a relaxation of the prohibitionist rules governing cannabis.

Because its safety and effectiveness have yet to be reviewed in clinical trials, cannabis has not been approved for sale in Canada as a medical product.¹ Despite this lack of approval, many use cannabis for its therapeutic purposes without legal authorization. In addition, because of the many claims regarding its therapeutic benefit, a growing number of people have called for a less restrictive approach and are demanding access to cannabis for people who could benefit from its use.

This chapter reviews the events that prompted the recent enactment of the *Marihuana Medical Access Regulations*. One of the objectives of the regulations is to provide a compassionate framework of access to marijuana for seriously ill Canadians while research regarding its therapeutic application continues. Also discussed is the implementation of these regulations, which came into force on 30 July 2001.

¹ Two commercially available drugs related to cannabis have been approved for sale in Canada: Marinol, which contains chemically synthesized THC; and Cesamet, a synthetic cannabinoid. Both may be prescribed by physicians.

BACKGROUND TO THE RECENT REGULATIONS

Section 56 – Controlled Drugs and Substances Act

The *Controlled Drugs and Substances Act*² (CDSA) prohibits a series of activities relating to psychoactive substances, including: possession; cultivation; trafficking; possession for the purposes of trafficking; importation; and exportation. These activities are illegal unless authorized by regulations made under the CDSA. For example, the *Narcotic Control Regulations* regulate the legal distribution of narcotic drugs.³ In addition, before a drug may be marketed in Canada, it must be approved for sale under the *Food and Drugs Act*⁴ (FDA) and its regulations. The regulations under that Act set out controls dealing with, among others, the safety, efficacy and quality of therapeutic products. To market marijuana as a drug in Canada, a sponsor would have to file a “New Drug Submission” with the Therapeutic Products Programme of Health Canada. Submitted data would be evaluated to assess the potential benefits and risks of the drug before the drug would be approved for sale.

Other mechanisms authorize certain otherwise prohibited activities. Pursuant to section 56 of the CDSA, the Minister of Health is authorized to grant exemptions if, in his or her opinion, such an exemption is necessary for a medical or scientific purpose or is otherwise in the public interest. Thus, any person or class of persons may be exempted from the application of all or any of the provisions of the CDSA in these specified circumstances. These circumstances include both the cultivation and possession of marijuana, activities that are otherwise prohibited by the legislation.

In response to the growing demand for access to cannabis for therapeutic purposes and to Charter challenges in relation to therapeutic use, Health Canada published an Interim Guidance Document in May 1999. This document set out a process enabling Canadians to apply for an exemption to possess and cultivate marijuana for therapeutic purposes under the authority provided in section 56 of the CDSA. Applicants were required to demonstrate that the exemption was necessary for such purposes and required a statement from a physician in support of the application, along with details of their medical and drug therapy histories. Health Canada reviewed the applications on a case-by-case basis, taking into account the medical necessity of the applicant. The first exemption was issued in June 1999. As of 3 May 2002, 658 exemptions had been granted under the authority of section 56, and 501 were still active. With respect to the other 157 persons with exemptions, some are now authorized to possess the substance under the recently enacted *Marijuana Medical Access Regulations* and others may no longer need marijuana for therapeutic purposes. Under

² S.C. 1996, Chapter 19.

³ These drugs are set out in the schedule and include opium, codeine, morphine, heroin, cocaine, and cannabis.

⁴ R.S.C. 1985, Chapter F-27.

this process, persons with exemptions were required to limit their cultivation to the quantity specified in their exemption letter.⁵

In February 2000, as part of a commitment to public consultation in relation to the section 56 exemption program, a multi-stakeholder consultation workshop was held. The participants⁶ identified the following issues as priorities:

- ❖ Obtaining a legal source of marijuana for persons exempted under section 56;
- ❖ Exemptions for caregivers;
- ❖ Addressing the need for more information on the use of marijuana for medical purposes;
- ❖ Addressing concerns of law enforcement agencies;
- ❖ Improvement of the process and tools for section 56 applications; and
- ❖ Communications regarding the section 56 process and Health Canada's activities regarding marijuana for medical purposes.⁷

The information gathered at these consultations was later used for the development of the *Marihuana Medical Access Regulations*.

Charter challenges – therapeutic use of marijuana⁸

Charter challenges to prohibitions with respect to marijuana by those using the substance for therapeutic purposes have met with some success. In *Wakeford v. Canada* (1998),⁹ a person suffering from AIDS and using marijuana to fight nausea and loss of appetite, which were side-effects of the drugs he was taking to fight AIDS, sought a constitutional exemption from the prohibitions with respect to marijuana in the CDSA. The Ontario Court, General Division, found that by denying the individual the autonomy to choose how to treat his illness, the law infringed his rights to liberty and security of the person under the Charter. The Court indicated that the prohibition on marijuana was not arbitrary inasmuch as there is some risk of harm associated with its use.¹⁰ Thus, the Court found that in its general application, the law was consistent with

⁵ In June 1999, Health Canada released a report announcing a research plan for the use of marijuana for therapeutic purposes and stating that steps would be taken to establish a domestic source of research-grade marijuana. Both of these initiatives are discussed in more detail in subsequent sections of this chapter.

⁶ Participants included representatives from law enforcement, practicing physicians, research clinicians, National Association of Pharmacy Regulatory Authorities, Health Canada and others of unknown affiliation.

⁷ Regulatory Impact Analysis Statement accompanying the *Marihuana Medical Access Regulations*, p. 17.

⁸ This section is based largely on *Drug Prohibition and the Constitution*, a paper prepared for the Senate Special Committee on Illegal Drugs, by David Goetz, Law and Government Division, Parliamentary Research Branch, Library of Parliament, 1 March 2001.

⁹ [1998] O.J. No. 3522 (Ont. Gen. Div.).

¹⁰ *Ibid.*, at paras. 49-50.

the principles of fundamental justice as set out in section 7 of the Charter. However, the law's impact on medical users raised additional considerations. As applied to these users, the blanket prohibition is over-broad and does not support the state's rationale for prohibition.

The Court held that it would be contrary to the principles of fundamental justice to prohibit the use of marijuana where it can be shown to be a significant medical treatment for a debilitating and deadly disease and where there was no procedural process for obtaining an exemption from prosecution.¹¹ However, the Court noted that such a process was provided for in section 56 of the CDSA. Therefore, the Court found that the law was in accordance with fundamental justice – even in respect of medical users – and denied Mr. Wakeford a constitutional exemption. It emphasized that, without a ministerial exemption process for medical users, the case would have been decided differently.¹² Later, Mr. Wakeford was granted an interim constitutional exemption with respect to the offences of possession and production/cultivation of marijuana on the basis of “fresh evidence” indicating that no real process had been established to deal with applications for exemptions under section 56 of the CDSA. Because the statutory exemption turned out to be “illusory,” the Court reopened the case and granted the exemption. It would remain in effect until the Minister of Health had made a decision on Mr. Wakeford's application for an exemption under section 56 of the CDSA.¹³

In *R. v. Parker* (2000),¹⁴ the Ontario Court of Appeal reached a similar conclusion with respect to the impact of the blanket prohibition on marijuana use on the “liberty and security of the person” interests of medical users. In *Parker*, the accused—who had been charged with cultivation and possession of marijuana—grew and used marijuana to control his epileptic seizures. The Court held that the criminal prohibition on the use of marijuana, vis-à-vis *bona fide* medical users, engaged their section 7 right to liberty because of the possibility of imprisonment. In addition, by depriving such individuals of the ability to choose marijuana as medication to alleviate the effects of a serious illness, the prohibition also infringed their rights to liberty and security of the person, independent of the potential for imprisonment. The Court in *Parker* further concluded that the blanket prohibition on marijuana possession did not accord with the principles of fundamental justice. The Court of Appeal made reference to the findings of the trial judge with respect to the medical conditions and symptoms for which cannabis has a therapeutic effect:

Based on the evidence adduced at trial, the trial judge found that the defence had established that smoking marihuana has a therapeutic effect in the treatment of nausea and vomiting particularly related

¹¹ *Ibid.*, at para. 54.

¹² *Ibid.*, at para. 66.

¹³ [1999] O.J. No. 1574, at paras. 11, 31 and 32.

¹⁴ 49 O.R. (3d) 481.

*to chemotherapy, intraocular pressure from glaucoma, muscle spasticity from spinal cord injuries or multiple sclerosis, migraine headaches, epileptic seizures and chronic pain.*¹⁵

Of significance to this chapter, the Court in *Parker* concluded that the exceptions and exemptions contemplated by the legislation that could cover approved medical use were contrary to the principles of fundamental justice. Firstly, although the legislation theoretically contemplated that a person could obtain marijuana with a doctor's prescription, the evidence in the case established that no pharmacist would fill such a prescription; the government would not look favourably on any physician who prescribed marijuana; and it was practically impossible to find a legal source of marijuana in Canada.¹⁶ Thus, this exception to the prohibition was held by the Court to be illusory.¹⁷

Secondly, with respect to ministerial exemptions under section 56 of the CDSA, the Court found this procedure to be inadequate and not in accordance with the principles of fundamental justice. The Court ruled that, under section 56, unfettered discretion was vested in the Minister of Health, an inappropriate basis for decisions relating to the security or liberty of the person in the context of access to medical treatment to alleviate the effects of serious illness.¹⁸ Key issues relating to the section 56 exemption process included: the broad discretion given to the Minister under the CDSA; transparency of the process; and a clear definition of medical necessity.

In the end, the Court concluded that the broad prohibition on possession of marijuana was contrary to section 7 of the Charter and did not constitute a reasonable and justified limit under section 1 of the Charter.¹⁹ The Court then declared the prohibition on the possession of marijuana to be unconstitutional and of no force and effect. However, the Court suspended the declaration of invalidity for one year in order to give Parliament the opportunity to amend the law to include adequate exemptions for medical use. In the interim, Mr. Parker was granted a personal exemption from the prohibition on possession of marijuana. The Court in *Parker* suggested its finding that the prohibition on possession of marijuana violated section 7 of the Charter would likely apply to the prohibition on cultivation as well.²⁰

Government reaction

In September 2000, while an appeal was still under consideration, the government announced its intention to establish a new regulatory approach, which would define the circumstances and the manner in which the use of marijuana for therapeutic purposes

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Ibid.*, at para. 155.

¹⁷ *Ibid.*, at para. 163.

¹⁸ *Ibid.*, at paras. 184-185 and 188.

¹⁹ *Ibid.*, at paras. 191-194.

²⁰ *Ibid.*, at para. 190.

would be authorized.²¹ A *Notice of Intent* was published on 6 January 2001 and meetings were held with key stakeholders as identified by Health Canada.²²

In April 2001, the government unveiled proposed regulations governing the possession and production of marijuana for therapeutic purposes. The proposed regulations were designed to address the key issues raised by the Ontario Court of Appeal in relation to the section 56 exemption process. There were two parts to the draft regulations: (1) authorization to possess and (2) licence to produce.

The 30-day regulatory consultation period, during which Health Canada received comments from 139 individuals and groups, resulted in the following changes being made to the proposed regulations: the application process would be managed by the individual applicant instead of by a medical practitioner; restrictions on growing locations would be relaxed and would no longer include a one-kilometre restriction on cultivation outdoors near schools and other places frequented by children; the formula to calculate the number of plants permitted under a licence to produce would be adjusted to reflect estimated indoor and outdoor growing yields and margins of error; and transitional provisions would be included to extend all current exemptions by six months with the objective of ensuring patients would be afforded ample opportunity to comply with the new regulations.²³

On 4 July 2001, the government announced that the regulations governing the possession and production of marijuana for therapeutic purposes would come into effect on 30 July 2001.

MARIHUANA MEDICAL ACCESS REGULATIONS

As stated above, there are two parts to the *Marihuana Medical Access Regulations* (MMAR): part 1, authorization to possess, and part 2, licence to produce. One of the objectives of the regulations is to provide a compassionate framework to allow access to marijuana for medical purposes.

The regulations establish a compassionate framework to allow the use of marijuana by people who are suffering from serious illnesses, where conventional treatments are inappropriate or are not providing

²¹ Health Canada, News Release, *Minister Rock announces intention to develop new approach for the use of marihuana for medical purposes*, 14 September 2000.

²² Key stakeholders included representatives from the Canadian Medical Association, the Canadian Pharmacists Association, the Canadian AIDS Society, the RCMP, Solicitor General Canada, Department of Justice, Correctional Service Canada and the Canadian Association of Chiefs of Police.

²³ Health Canada, Information, *Marijuana Medical Access Regulations – Amendments Resulting from Public Consultations*, July 2001.

*adequate relief of the symptoms related to the medical condition or its treatment, and where the use of marijuana is expected to have some medical benefit that outweighs the risk of its use.*²⁴

As will be reviewed in detail, the MMAR are intended to provide access to marijuana in special circumstances only: in the case of serious medical conditions where conventional treatment may not provide adequate symptomatic relief. Health Canada explains that this limitation is due to “*the health risks associated with the smoked form in particular, and due to the lack of evidence supporting the claimed health benefits.*”²⁵

Significantly, the application of the MMAR is limited to “Cannabis (marihuana)” as referred to in sub-item 1(2) of Schedule II of the CDSA. Thus, the regulations do not provide access to other cannabis-related products.

The key provisions of the MMAR are as follows.

Authorization to possess

Three distinct categories have been established in relation to authorization to possess dried marijuana, each with its own application requirements. In each case, the application is to be submitted by the patient, whose declaration must include information identifying the applicant and indicating that:

- ❖ The applicant is aware that no notice of compliance has been issued under the *Food and Drugs Act* concerning the safety and effectiveness of marijuana as a drug and that the applicant understands the significance of that fact; and
- ❖ The applicant has discussed the risks of using marijuana with a medical practitioner and consents to using it for the recommended medical purpose.

Category 1

- ❖ Eligibility: Applicants who suffer from a symptom associated with a medical condition for which the **prognosis is death within 12 months**.
- ❖ Conditions: A **medical practitioner** must provide a medical declaration indicating, among other things:
 - The applicant’s medical condition and the symptom that is associated with that condition or its treatment;
 - The applicant suffers from a terminal illness;
 - All conventional treatments for the symptom have been tried or considered;
 - The recommended use of marijuana would mitigate the symptom;
 - The benefits from the applicant’s recommended use of marijuana would outweigh any risks associated with that use;

²⁴ Health Canada, Information, *Medical Access to Marijuana – How the Regulations Work*, July 2001.

²⁵ Regulatory Impact Analysis Statement accompanying the *Marihuana Medical Access Regulations*, page 8.

- The medical practitioner is aware that no notice of compliance has been issued under the *Food and Drug Regulations* concerning the safety and effectiveness of marijuana as a drug;
- The applicant's recommended daily dosage and period of use.

Category 2

- ❖ **Eligibility:** Applicants who suffer from specific symptoms associated with some serious medical conditions, specially:
 - **Multiple sclerosis:** severe pain and/or persistent muscle spasms;
 - **Spinal cord injury:** severe pain and/or persistent muscle spasms;
 - **Spinal cord disease:** severe pain and/or persistent muscle spasms;
 - **Cancer:** severe pain, cachexia, anorexia, weight loss, and/or severe nausea;
 - **AIDS/HIV infection:** severe pain, cachexia, anorexia, weight loss, and/or severe nausea;
 - Severe forms of **arthritis:** severe pain; and
 - **Epilepsy:** seizures.²⁶

	Severe Pain	Persistent Muscle Spasms	Cachexia	Anorexia	Weight Loss	Severe Nausea	Seizures
Multiple Sclerosis							
Spinal Cord Injury							
Spinal Cord Disease							
Cancer							
AIDS, HIV infection							
Severe form of Arthritis							
Epilepsy							

Source: Application for Authorization to Possess Dried Marihuana, Category 2 – Medical Specialist Form

- ❖ **Conditions:** Applicants must provide a declaration from a **medical specialist** to support their application, indicating, among other things:
 - The applicant's medical condition and the symptom that is associated with that condition or its treatment;
 - The specialist practises in an area of medicine that is relevant to the treatment of the applicant's medical condition;

²⁶ These symptoms are listed in a Schedule to the MMAR and were selected based on the outcome or conclusions of scientific and medical reports, although seizures associated with epilepsy were added in view of the findings in the *Parker* decision. This list is intended to be reviewed on a regular basis and is to be amended as new information becomes available.

- All conventional treatments for the symptoms have been tried or considered and were found to be medically inappropriate for reasons outlined in the Regulations;
- The recommended use of marijuana would mitigate the symptom;
- The benefits from the applicant's recommended use of marijuana would outweigh any risks associated with that use, including risks associated with long-term use of marijuana;
- The medical specialist is aware that no notice of compliance has been issued under the *Food and Drug Regulations* concerning the safety and effectiveness of marijuana as a drug; and
- The applicant's recommended daily dosage and period of use.

Category 3

- ❖ **Eligibility:** Applicants who have symptoms associated with a medical condition, **other than those described in Categories 1 and 2.**
- ❖ **Conditions:** Declarations from **two medical specialists** must accompany the application. The first declaration must indicate all information required under Category 2; all conventional treatments that have been tried or considered for the symptom; and the reasons, from those outlined in the Regulations, why the medical specialist considers that those treatments are medically inappropriate.

SYMPTOM(S)	TREATMENTS	REASONS – For each conventional treatment listed in the "Treatments" column, please provide the reason why you consider that the treatment is medically inappropriate. (CHECK OFF THE APPROPRIATE BOX BELOW)							
In the column below, please list the name of symptom(s) associated with the medical condition or its treatment and that is (are) the basis for the application.	In the column below, please list the name of conventional treatments tried or considered.	The treatment was ineffective.	The applicant has experienced an allergic reaction to the drug used as a treatment.	There is a risk that the applicant would experience cross-sensitivity to a drug of that class.	The applicant has experienced an adverse drug reaction to the drug used as a treatment.	There is a risk that the applicant would experience an adverse drug reaction based on a previous adverse drug reaction to a drug of the same class.	The drug used as a treatment has resulted in an undesirable interaction with another medication being used by the applicant, or there is a risk that this would occur.	The drug used as a treatment is contraindicated.	The drug under consideration is a treatment having a similar chemical structure and pharmacological activity to a drug that has been ineffective for the applicant.

Source: Application for Authorization to Possess Dried Marihuana, Category 3 – First Medical Specialist Form

- ❖ The second declaration must indicate that, among other things: the specialist has reviewed the applicant's medical file and the reasons why the conventional

treatments are considered to be medically inappropriate; the specialist has discussed the applicant's case with the first specialist and agrees that the recommended use of marijuana would mitigate the symptom, and the benefits of the applicant's recommended use of marijuana would outweigh any risks associated with that use, including the risks associated with long-term use of marijuana; and the second specialist is aware that no notice of compliance has been issued under the *Food and Drug Regulations* concerning the safety and effectiveness of marijuana as a drug.

Dosage

The medical practitioner or specialist sets the daily dosage. If the recommended daily dosage is more than 5 grams per day, the medical practitioner or specialist must indicate that he or she has considered the risks associated with an elevated daily dosage of marijuana, including risks with respect to the effect on the applicant's cardiovascular, pulmonary and immune systems and psychomotor performance, as well as the potential for drug dependency; and that in his or her medical opinion, the benefits of the applicant's use of marijuana according to the recommended daily dosage would outweigh the risks associated with that dosage, including risks associated with the long-term use of marijuana.

Maximum quantity possessed

The authorization to possess specifies the amount that may be possessed at any given time is a 30-day treatment supply. As explained above, the medical practitioner or specialist sets the daily dosage used to determine the 30-day treatment supply.

Duration

Generally, authorizations to possess are valid for one year and may be renewed.

Licence to produce

There are currently two possible legal sources for holders of an authorization to possess: they can grow their own supply or they can designate someone else to grow it for them. Health Canada has stated that, in the future, they should also be able to obtain it from a licensed supplier.

Only holders of an authorization to possess (personal-use production licence) or someone who has been designated as their representative (designated-person production licence) are eligible to hold a licence to produce. A designated person cannot be remunerated for their activities.

Conditions for obtaining a licence to produce include the following:

- ❖ A person cannot be the holder of more than one licence to produce;
- ❖ One site may be used for the production of marijuana under a maximum of three separate licences;
- ❖ The holder of a licence to produce must maintain measures necessary to ensure the security of the product;
- ❖ The production of marijuana outdoors is not permitted if the production site is adjacent to a school, public playground, day care facility or other public place frequented mainly by persons under 18 years of age;
- ❖ A person is ineligible for a designated-person production licence, who has been found guilty of a designated drug offence in the previous 10 years.

The licence specifies the maximum number of plants that may be cultivated. The licence also deals with the maximum quantity of dried marijuana that may be kept in storage and, in the case of a designated representative, the transportation of marijuana. The maximum amount of marijuana that may be cultivated and stored at any time depends on the daily dosage that has been set by the medical practitioner or specialist, and whether plants are grown indoors or outside. The regulations also deal with inspection powers and record-keeping requirements.

Other provisions

There are also provisions dealing with matters such as: measures to ensure the security of the marijuana in the possession of an authorized person; the revocation of licences; the showing of documents to police officers; the referral to police of complaints received by inspectors; and the disclosure of information about a medical practitioner to provincial licensing authorities of medicine. Of note is a transitional provision extending section 56 exemptions for an extra six months after the date of their expiry.

Health Canada has established an ongoing review process to monitor the effectiveness and application of the MMAR and provide advice on future measures related to the manufacture, distribution and sale of marijuana for medical purposes. This process involves a series of activities intended to collect information and seek input on various aspects of the MMAR. A 15-member committee representing a number of different stakeholder groups is currently being established, with its first meeting planned in October 2002.

COMPASSIONATE ACCESS?

One of the objectives of the MMAR was to provide a compassionate framework for medical access to marijuana. In addition, one of the criteria used in choosing the current regulatory approach was that it “*must not unduly restrict the availability of marihuana to patients who may receive health benefits from its use.*”²⁷

While a process that authorizes the possession and production of marijuana has been established in Canada, this has not ensured that cannabis is suitably available to those in need. After careful review of the MMAR and thorough consideration of the evidence submitted to us, it is apparent that the MMAR have become a barrier to access. Rather than providing a compassionate framework, the regulations are unduly restricting the availability of cannabis to those who may receive health benefits from its use.

The following was stated in the Regulatory Impact Analysis Statement that accompanied the publication of the MMAR.

*Due to anticipated increased visibility and efficiency of the new regulatory scheme and increased awareness of the potential uses or medical benefits of marihuana, it can reasonably be expected that the numbers of applicants will **increase significantly**.* (emphasis added)

As reported to us by Health Canada, as of 3 May 2002, 658 exemptions had been granted under the authority of section 56, and 501 were still active. In terms of the MMAR, 498 applications were received and 255 had been authorized as of the same date. In addition, 164 personal production licences and 11 designated personal licences have been issued. The rest of the files are open and are incomplete, awaiting more information or undergoing review.²⁸

Thus, almost one year after the MMAR came into force, only 255 people have been authorized to possess marijuana for therapeutic purposes and only 498 applications have been received. These numbers are significantly lower than the number of exemptions that were granted under section 56 of the CDSA. Although 501 exemptions under section 56 are still active, it is clear that the number of applicants has not increased significantly as could “reasonably be expected” under the MMAR. In fact, the stated efficiency of the new regulatory scheme should be viewed with much scepticism. The low participation rate, in itself, should raise serious concerns among those sincerely aiming to provide compassionate access to cannabis for therapeutic purposes. In addition, the following sections will set out some of the specific problems

²⁷ Regulatory Impact Analysis Statement accompanying the *Marihuana Medical Access Regulations*, page 13.

²⁸ Gillian Lynch, Director General, Drug Strategy and Controlled Substances Programme, Health Canada, Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, Thirty-Seventh Parliament, 2001-2002, Issue No. 22, page 32.

that must be addressed if the regulatory scheme is to be truly efficient and compassionate.

Eligibility

The current framework requires an applicant to obtain a declaration from a medical practitioner (or one or two specialists) indicating that the recommended use of marijuana would mitigate the applicant's symptom and that the benefits from the applicant's recommended use of marijuana would outweigh any risks associated with that use. The medical practitioner must also determine the applicant's recommended daily dosage and period of use. A medical practitioner is defined as someone who is authorized under the laws of a province to practise medicine.

It is clear to everyone that requiring medical practitioners to act as "gatekeepers" in the use of marijuana for therapeutic purposes has created a major impediment to access, or, as Health Canada states, "*there is a conundrum*". The Canadian Medical Association and many other professional medical organizations have refused to support the new federal application process because of issues of patient safety, dosages, and the legal liability of physicians prescribing cannabis.

This reluctance should not have come as a surprise to Health Canada. During the consultation process with regard to the proposed regulations, two medical associations and two provincial licensing authorities opposed the use of smoked marijuana for medical purposes. Their reasons included:

- The lack of scientific evidence supporting its use;
- The fact that marijuana is not an approved drug product;
- The view that the use of smoked marijuana is not an acceptable form of drug administration; and
- The view that the responsibility placed on doctors to support the use of marijuana for medical purposes may place them in conflict with professional conduct rules relating to the use of unapproved or "alternative" medicines.²⁹

The position taken by the Canadian Medical Protective Association (CMPA) is fairly reflective of the positions taken by other individuals and organizations in the medical community. The CMPA is a medical mutual defence organization with 60,000 members—about 95 per cent of the physicians practising in Canada. It has warned its members that they could expose themselves to liability or professional misconduct complaints if they prescribe marijuana without "detailed knowledge" of the drug's risks and benefits and the appropriate dosage. The following was stated in an information sheet sent to members:

Section 69 of the regulations allows a medical licensing authority to request from the federal health minister information regarding a specific medical practitioner, which may be provided if the minister has

²⁹ Regulatory Impact Analysis Statement accompanying the *Marihuana Medical Access Regulations*, p. 19.

reasonable grounds to believe the medical practitioner has made a false statement under the regulations. This is a significant concern, as physicians may unknowingly make a false statement because they are being asked to attest to matters that may go beyond the scope of their expertise. As a result, the risk that physicians could be reported to their College is increased.

The fact that marijuana is not an approved drug product may lead some to conclude marijuana is an alternative medicine. This raises the important point as to whether the Colleges would consider physicians' involvement in the application for a licence to possess marijuana as requiring them to comply with the policy of that College concerning alternative or complementary medicines. The CMPA advises physicians to ascertain from their regulatory authority what their position is in this regard.

Given the consequences that may befall physicians with respect to their licensing body, or potential medico-legal liability, physicians will want to be very careful when determining whether to assist a patient in making an application under these regulations.³⁰

The CMPA has also stated that the information about the effectiveness of medical marijuana in each patient's case, the relative risks and benefits of the drug and what dosage would be appropriate is "simply is not available," making it nearly impossible for the vast majority of doctors to comply with requirements of the MMAR. It views the MMAR as placing "an unacceptable burden on member physicians" and states that, since "many physicians would not have the necessary knowledge about the effectiveness, risks or benefits of marijuana, we believe it is unreasonable to make physicians gatekeepers in this process."³¹ The CMPA advised its members as follows:

As you will see from the attached Information Sheet, now in the hands of our members, we have advised those physicians who are not or do not feel qualified to make those assessments to refrain from signing a declaration for a patient. We also advised our members to explain to their patients why they do not have the knowledge about marijuana, and to refer the patient to another physician, if known, with more experience in the medical use of marijuana.

Finally, recognizing that some physicians, out of compassion for their patients, may believe in good faith that their medical condition would benefit from marijuana, we have advised them to complete only Parts 1 and 2 of the form and to NOT complete Parts 3, 4 and 5, leaving Health Canada to decide whether to process an incomplete application.³²

Clearly, under these circumstances, patients will have difficulty finding a medical practitioner willing to complete the required declaration forms, and even more difficulty accessing the appropriate specialists. This situation has created an unacceptable barrier to access and one must conclude that physicians should not be the

³⁰ Canadian Medical Protective Association, *What To Do When Your Patients Apply For A Licence To Possess Marijuana For Medical Purposes*, October 2001.

³¹ Canadian Medical Protective Association, letter to the Honourable Allan Rock, Q.C., 8 November 2001.

³² *Ibid.*

“gatekeepers” under the MMAR, a responsibility that they themselves do not desire. Even Health Canada recognizes that there is a problem.

Without that scientific evidence, the doctors are in a legitimate quandary. For other therapeutic products, doctors rely on information that Health Canada either develops or analyzes through the drug review process. That is the basis for doctors’ understanding of the particular products. They do not have that analysis in this particular situation.

Through the marijuana medical access regulations, we have eliminated the criminality of possessing and growing for your own purposes. That is the regulatory regime that is in place. We are working with Prairie Plant Systems, as Ms Lynch has said, to develop a research source for this product that will be made available through legitimate clinical trials for patients.

*Until such time as we can begin to get the results of the research and until the medical community can determine whether it will prescribe this in legitimate circumstances, there is a conundrum.*³³

The involvement of physicians in the process is not questioned—what must be determined is their proper role with respect to use of cannabis for therapeutic purposes. Physicians are trained to provide a diagnosis of a person’s medical conditions and symptoms and to determine how to treat these conditions and symptoms medically. Most do not have, however, adequate knowledge of the therapeutic benefits of cannabis and are reluctant to associate themselves with this product for a variety of reasons, including its illegality. In our view, and as we have explained in detail in Chapter 9, a distinction must be made between an approved medicine per se and a substance that has, at the very least, potential therapeutic applications—although these may not have been “scientifically” confirmed to date. Chapter 9 enumerates the conditions and symptoms for which cannabis has potential therapeutic applications. Let us be clear: we do not view cannabis as a “miracle” substance that will treat or cure numerous medical conditions or symptoms. It is a substance, however, that is known to provide effective relief of certain medical conditions and symptoms, thus improving the quality of life of many individuals.

In these circumstances, the proper role of the physician should be to make a diagnosis of the patient’s medical conditions or symptoms. If the condition or symptom is one where cannabis has potential therapeutic applications, the patient would be authorized to use the therapeutic product of his or her choice, including cannabis. This would also mean eliminating the current requirement that all other “conventional treatments” have been tried or considered before the use of cannabis is authorized. There is no justification for making cannabis an option of “last resort.”

³³ Dann Nichols, Assistant Deputy Minister, Healthy Environments and Consumer Safety Branch, Health Canada, Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, Thirty-Seventh Parliament, 2001-2002, Issue No. 22, pages 37-38.

The requirement for specialist involvement in the current scheme clearly can lead to long delays. To make matters worse, the stated positions of medical organizations would make it very difficult to get two specialists to make the required declarations. This creates another unwarranted barrier.

*The requirement to involve a medical specialist in the authorization of possession of medicinal cannabis is unjustified, unfounded, unrealistic and punitive. It negates timely access, and places an unjustified burden on both the patient and the Health Care system. Many patients already wait from nine months to a year to see a specialist. This means that those waiting for authorization to access medicinal cannabis may be on hold for upwards of a year. This is an inhumane wait to force upon those in dire medical need. In addition, it will unnecessarily exacerbate already extensive waiting lists for specialists, meaning those in genuine need of the specialists will unduly suffer.*³⁴

The conditions and symptoms for which cannabis use would be authorized are set out in Chapter 9. New conditions or symptoms would be added based on ongoing research.

We are aware that the *1961 Single Convention on Narcotic Drugs* would seem to require medical prescriptions for the supply or dispensation of drugs to individuals.³⁵ We make two comments:

- International conventions are generally subject to a country's constitutional provisions. As previously discussed, courts in Canada have found that depriving an individual of the ability to choose marijuana as medication to alleviate the effects of a serious illness does violate the rights protected under the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* unless there is a statutory exemption scheme authorizing such use. The courts have indicated that, where a statutory exemption scheme turns out to be "illusory," a constitutional exemption will be granted. The stated positions of Canadian medical organizations may make the current MMAR exemption scheme turn out to be "illusory."
- It is better to look to the spirit rather than the letter of the Convention. While cannabis may not be an approved medicine per se, there is no doubting its potential therapeutic applications. Thus, the Government of Canada should advise the international community that we will not strictly adhere to this requirement and that we will be requesting appropriate amendments to the international conventions.

³⁴ B.C. Compassion Club Society, *BCCCS Response to Health Canada's Proposed Medical Marijuana Access Regulations*, 4 May 2001, page 4.

³⁵ *Single Convention on Narcotic Drugs, 1961*, Article 30.2.b.i.

Access to cannabis

Concerns regarding patients' ability to grow marijuana on their own or to find a person willing and able to do it for them were often raised. This problem is compounded by the condition in the MMAR that a person cannot be the holder of more than one licence to produce. Problems associated with the present scheme include a lack of experience in cultivation; products of unknown potency and quality; security risks related to cultivation of marijuana; etc.

Undoubtedly, patients must have access to safe and high-quality cannabis products. The current option of self-cultivation should remain open for those who prefer this avenue. In such cases, the patient would register directly with Health Canada. In cases where self-cultivation is not appropriate or feasible, access should be permitted through properly regulated **Dedicated Cannabis Distribution Centres**. These centres would be staffed by personnel with knowledge of the therapeutic use of cannabis, who could advise patients on the dosage, strain and potency best suited for their particular conditions. The failure to obtain a domestic source of research-grade marijuana, as had been planned, provides further justification for allowing distribution centres to dispense high-quality cannabis to eligible patients. In addition, we are convinced that the government should not be the only distributor of cannabis intended for therapeutic purposes. Currently, Compassion Clubs play a very important role in distributing cannabis to those who need it for therapeutic purposes. For example, the B.C. Compassion Club Society is a registered non-profit society that has been distributing cannabis for medical use since 1997. It employs a staff of 28 and serves a membership of approximately 1,600 people. Before registering a member, the club requires a confirmation of diagnosis and a recommendation for cannabis from a physician, naturopathic doctor or a psychiatrist. If a doctor will not sign a recommendation solely because he or she is uncomfortable with the legal status of cannabis, or has concerns about professional retribution, the club may register the patient without a doctor's recommendation, depending on the severity of the diagnosis. Similar Compassion Clubs exist elsewhere in Canada.³⁶

Access to a variety of strains of cannabis with varying levels of potency is crucial. For example, the B.C. Compassion Club Society currently stocks many varieties of cannabis products.

*Our daily menu usually has seven to ten varieties of cannabis, one or two varieties of hashish, cannabis tincture and baked goods. It is important that medicinal users have access to a variety of strains, as the effect of cannabis varies depending on which strain is being used and the method of ingestion. Our members are made aware of the differences and can then select the best strain of cannabis to most effectively treat their symptoms.*³⁷

³⁶ For example, the Vancouver Island Compassion Society currently has 235 members and the Club de compassion de Montréal has 130 members.

³⁷ Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, 2001, Issue no. 10, page 36

High-quality products would be ensured through proper testing. The importance of testing was raised as a key issue.

*It is absolutely crucial in the developments on which we are working – and that we would like to continue – to have strict guidelines in terms of moulds and mildews, pesticides, fungicides, heavy metals and the kinds of things – which can be very dangerous – that you find in non-organic cannabis. Even in organic cannabis, some of those elements of microbiology can be very harmful to people, especially for people with depleted immune systems. We can only develop such standards when the medical marijuana community has access to laboratories. I think that there are all kinds of standards that can be developed in terms of safety and cleanliness in growing and distribution.*³⁸

Despite what most would view as laudable motives—distributing cannabis to patients in order to alleviate their suffering—most of the existing clubs have faced or are facing difficulties with the justice system. Because they are operating in a grey area, those involved in these clubs are subject to prosecution and have in fact been prosecuted. For example, we heard from Philippe Lucas, director of the Vancouver Island Compassion Society (VICS), who indicated that he had been arrested and charged with possession for the purposes of trafficking because of his work with VICS. Mr. Lucas pleaded guilty to the charge but was recently granted an absolute discharge. Some of the comments made by the judge at sentencing are certainly relevant to this chapter. On the question of eligibility, the judge stated the following:

*This case must be viewed in a broad context, in which to date, the combination of federal regulations and College of Physicians trepidation has made it extremely difficult for applicants to obtain approval to use marijuana.*³⁹

He added the following with respect to access to marijuana:

Further, the federal government has so far been unable to ensure any legal supply of marijuana to those whom Health Canada thinks need it as a therapy. This is a particular hardship for those who cannot grow it.

*...the Crown cannot rely upon the argument that there is a lawful option for those in need of the drug when the evidence establishes that the drug is only theoretically available through legitimate sources.*⁴⁰

³⁸ *Ibid.*, page 44.

³⁹ *R. v. Lucas*, Provincial Court of British Columbia, Victoria, File No: 113701C, para. 47 (Honourable Judge Higinbotham).

⁴⁰ *Ibid.*, para. 47-48.

In conclusion the judge stated the following.

*I find that while there is no doubt that Mr. Lucas offended against the law by providing marijuana to others, his actions were intended to ameliorate the suffering of others. His conduct did ameliorate the suffering of others. By this Court's analysis, Mr. Lucas enhanced other peoples' lives at minimal or no risk to society, although he did it outside any legal framework. He provided that which the Government was unable to provide a safe and high quality supply of marijuana to those needing it for medicinal purposes. He did this openly, and with reasonable safeguards. The fact that he has stated he will continue this activity points to the sincerity of his principles, and points to our need as a society to get this thorny issue resolved quickly by either Parliament or the Supreme Court of Canada. If he re-offends, he will have to argue his case again, and may find a discharge difficult to obtain in the future. This court hopes that cooler heads will prevail pending the final resolution of issues regarding the medical and non-medical use of marijuana.*⁴¹

In Montreal, we heard how two volunteers of the *Club Compassion de Montréal* had been arrested only three months after they started operations. A decision is expected by the end of August 2002. Encouragingly, Hilary Black, founder and director of the B.C. Compassion Club Society, stated that the local police had generally been “wonderfully supportive of their work.” However, her next statement reveals readily apparent contradictions.

*Police who have come to the Compassion Club Society have told me what great work we are doing, and have, on one occasion, protected a safe full of cannabis on our behalf. However, I have had a police gun held to my head for being at a growing facility. While I met with the federal health minister, Alan Rock, to give recommendations and information Health Canada had requested from us, the RCMP raided a greenhouse that was growing low cost, organic cannabis for the Compassion Club Society. While I am here before you, sharing our information as experts in the distribution of medicinal cannabis, my colleagues risk arrest, imprisonment, their ability to travel, to be employed, and their freedom to distribute cannabis to those in need. Prohibition is not protecting Canadians from the evils of cannabis; prohibition is destroying Canadians' lives.*⁴²

Because these organizations are presently operating in a grey area we would hope that those in charge of enforcement would use their discretion powers liberally and that cooler heads will prevail. Some of the statements made by Hilary Black led us to be optimistic in this area. Clearly, in other areas of the country, the political climate will have to change.

In order to create a transparent therapeutic distribution system, these centres should be licensed and properly regulated. The conditions of their operation should include a requirement that they be authorized only to distribute cannabis for therapeutic purposes to those who have been diagnosed as having an enumerated

⁴¹ *Ibid.*, para. 49

⁴² Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, 2001, Issue no. 10, page 41.

condition or symptom. In addition, the distribution centres would be required to keep suitable records and make periodic reports. The purpose of such information would be to keep Health Canada informed of the centres' members for registration purposes and also to provide valuable information for scientific research. Thus, the records would include information on a patient's medical condition and its evolution, the amounts consumed and the observed effects on the patient. The centres would also be required to ensure that security measures are in place and would be subject to inspections to ensure compliance with the regulations.

While added regulation will increase the costs of these distribution centres, this is essential to ensure proper controls over therapeutic use of medicinal cannabis. We insist that the costs of this regulatory scheme be kept to a minimum so as not to impede access to cannabis through inflated prices.

With respect to obtaining products, centres would agree to be supplied only by licensed producers. Such producers would be able to cultivate cannabis only for therapeutic purposes—since the separation of the therapeutic system from the recreational system is crucial. Licensed producers would be properly regulated—in particular, to ensure adequate safety measures are in place—and would be required to produce safe, high-quality products.

Products

Currently, the MMAR authorize possession of only dried marijuana, and not other cannabis products. We do not feel that this is justified and would recommend that the scheme be expanded to cover other cannabis derivatives .

Costs

We heard on several occasions that patients using cannabis for therapeutic purposes were often suffering from serious debilitating diseases, which negatively affected their financial situations. We recognize that drug coverage by insurance plans is generally a provincial responsibility. However, we believe that the purchase of marijuana for therapeutic purposes, and the purchase of equipment necessary for its cultivation, should be considered a medical expense for the purposes of the *Income Tax Act*.

<i>Marihuana Medical Access Regulations</i>	Committee Proposals
Eligibility <ul style="list-style-type: none"> • The medical practitioner must not only confirm the applicant's medical condition and the symptom that is associated with that condition or its treatment, but also confirm that the recommended use of marijuana would mitigate the symptom and that the benefits from the applicant's recommended use of marijuana would outweigh any risks associated with that use • Requirement to consult one (category 2) or two (category 3) specialists for symptoms associated with medical conditions set out in category 2 and category 3 • Generally requires that all conventional treatments have been tried or considered • Three categories of eligibility 	Eligibility <ul style="list-style-type: none"> • The diagnosis of a medical doctor or other medical practitioner regulated by a provincial colleges of physicians and surgeons would suffice for the purpose of authorizing therapeutic use • Eliminate the requirement to consult one or two specialists • Eliminate the requirement that all conventional treatments have been tried or at least considered before cannabis may be used • Eliminate the three categories and enumerate the medical conditions or symptoms for which cannabis use would be permitted – updating the list on a continual basis based on commissioned research
Access <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients are limited to growing their own supply or designating someone to grow it for them 	Access <ul style="list-style-type: none"> • Patients would be allowed to grow cannabis themselves or obtain it from dedicated distribution centres supplied by licensed producers
Products <ul style="list-style-type: none"> • Limited to cannabis (marijuana) 	Products <ul style="list-style-type: none"> • Include all cannabis-derived related products
Dosage <ul style="list-style-type: none"> • Set by medical practitioner 	Dosage <ul style="list-style-type: none"> • Would be determined by patient in association with the dedicated distribution centre

RESEARCH PLAN

Health Canada's Office of Cannabis Medical Access is responsible for the administration of the MMAR. It also co-ordinates other initiatives related to cannabis, including research on the safety and effectiveness of marijuana used for therapeutic purposes and the establishment of a reliable Canadian source of research-grade marijuana.

As stated previously, Health Canada released a report in June 1999 announcing a research plan for the therapeutic use of marijuana. The document⁴³ laid out a five-year research plan for evaluating the risks and benefits of the use of marijuana for medical purposes. The plan included the following elements:

- ❖ a research agenda composed of projects to address the issues of safety and efficacy of smoked marijuana and cannabinoids;
- ❖ mechanisms for medical access to marijuana outside the projects (for example section 56 exemptions discussed previously in this chapter); and
- ❖ the development of a Canadian source of research-grade marijuana.

Scientific research

As part of the government's strategy to address the issue of medical marijuana, Health Canada decided to sponsor research activities to evaluate the safety and efficacy of smoked marijuana and of cannabinoids. Health Canada was concerned that the evidence of the therapeutic value of smoked marijuana was heavily anecdotal and that the scientific studies supporting the safety and efficacy of marijuana for therapeutic claims were inconclusive. Health Canada was also concerned about the health risks associated with the use of marijuana, especially in smoked form.

The strategy has been developed with advice from the Therapeutic Products Programme's (TPP) Expert Advisory Committee on New Active Substances, an external body of scientific and medical experts who provided advice to the TPP.

Currently, there is a partnership program between Health Canada and the Canadian Institutes of Health Research (CIHR), a granting agency. This is to ensure scientific validity of the studies. The Health Canada/CIHR Medical Marijuana Research Program (MMRP) has been established as a five-year research plan with estimated funding of up to \$7.5 million. The initial focus is on the smoked form of marijuana, although future initiatives are also to focus on non-smoked marijuana and cannabinoids.

We are aware of at least two studies that have been planned:

- ❖ In July 2001, Health Canada and the CIHR announced a contribution of \$235,000 to fund a pilot study at McGill, with about 32 patients, aimed at evaluating the effects of smoked marijuana for chronic neuropathic pain.
- ❖ In June 2001, Health Canada announced funding of \$840,000 to support a research project by the Community Research Initiative of Toronto (CRIT) on the efficacy of smoked marijuana in the treatment of wasting syndrome in those living with HIV/AIDS. At the time, it was entering the second phase of a three-part research project on smoked marijuana – The acute effects of smoked cannabis on appetite in persons living with HIV/AIDS (PHAs): A randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover pilot study.

⁴³ Health Canada, Therapeutics Products Programme, *Research Plan for Marijuana for Medicinal Purposes: A Status Report*, 9 June 1999.

It should be noted, however, that neither of these projects is currently under way because they do not have access to marijuana.

In addition to pilot projects, Health Canada has announced that research-grade marijuana will be provided to eligible individuals who agree to provide health information for monitoring and research purposes. Health Canada will collect and analyse this information for research purposes. Once again, Health Canada has yet to provide marijuana to authorized users.

Health Canada has indicated that the knowledge gained from the overall research program will be used, in part, to amend the MMAR if necessary. For example, category 2 symptoms may need to be adjusted or the daily dosage may need to be more precisely determined. Health Canada also indicated that if no benefits were shown, the continued need of the MMAR would be in doubt.

Clearly, research on the therapeutic aspects of marijuana is essential. While Health Canada should be applauded for establishing a research plan, what is less commendable is the pace at which the research is progressing. As stated, the authorized pilot projects have yet to commence their research because Canada must rely on an American source for research-grade marijuana. This means that American institutions, in particular the National Institute on Drug Abuse, are entitled to review Canadian research protocols to determine whether or not they will deliver their marijuana products to Canadian researchers.

Our first source or our first attempt at sourcing the marijuana for research purposes was through NIDA, the National Institute on Drug Abuse in the States. They have seed and dried product. We are still negotiating with them to get some dry product.

In order to use their product, we have to have the protocols that the product will be used for approved by both the health department there and NIDA themselves. Once they have approved the actual scientific protocol, then it has to go to the DEA to see if they will allow the export.⁴⁴

While further research is essential, it does not suggest that therapeutic use is not justified in specified circumstances. The ongoing research should focus on confirming its justification and on identifying new medical conditions or symptoms for which cannabis has therapeutic value. Research to determine the value of cannabis as a medicine per se should also be a priority, as should finding alternative delivery systems that are as effective as smoked cannabis.

Before leaving the issue of research, mention should be made of the considerable expertise and knowledge currently residing in the Compassion Clubs, which have become established outside of the legal system. This source of valuable

44 Gillian Lynch, Director General, Drug Strategy and Controlled Substances Programme, Health Canada, Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, first Session, Thirty-Seventh Parliament, 2001-2002, Issue No. 22, pp. 47-48.

information and expertise has not been acknowledged under Health Canada's current research plan. We feel strongly that the information they have must be gathered and analysed for research purposes. The validity of ongoing research using what some consider to be low-quality, low-potency cannabis imported from the National Institute on Drug Abuse or similar type of product that may be produced in Canada must also be called into question. Hilary Black, founder and co-director of the B.C. Compassion Club Society, stated the following.

*We created a research proposal with a team of research scientists from Vancouver. However, we were turned down because we refuse to facilitate a study using a placebo or low-quality, low-potency cannabis imported from the US National Institute on Drug Abuse. Any study attempting to prove the efficacy of cannabis as a medicine using such a low-potency herb, or unknown strains such as those currently being grown in Canada by Plant Prairie Systems, is destined to fail. There is no need to import cannabis for research, considering the high quality and huge quantity of cannabis being produced in Canada. The information we could gather is being requested by doctors, patients, pharmaceutical companies, Plant Prairie Systems and Health Canada, yet we are not financially empowered to facilitate this research.*⁴⁵

Research-grade marijuana

As was previously stated, another priority in Health Canada's research plan was the development of a Canadian source of research-grade marijuana. A request for proposal (RFP) was released on 5 May 2000 through Public Works and Government Services Canada. The purpose of the RFP was to establish a Canadian source of quality, standardized, affordable, research-grade marijuana for scientific research. Originally, the marijuana was to be made available only to qualified, approved scientists for research. A number of proposals were received by the closing date of 28 June 2000. The evaluation criteria included: financial status, qualifications of personnel, security requirements respecting personnel, etc. No experience in growing marijuana was required, although there was a requirement for experience in growing plant material for human consumption.

In December 2000, a contract was awarded to Prairie Plant Systems Inc. of Saskatoon (PPS) to provide Health Canada with a reliable source of affordable, quality, standardized marijuana for medical and research purposes. Health Canada also announced that until the domestic supply was established, it would submit requests to the U.S. National Institute of Drug Abuse to obtain research-grade marijuana for clinical trials being conducted in Canada on behalf of researchers.

PPS met the contract requirements for security and was given authorization to begin growing marijuana. The site chosen for the cultivation of research-grade marijuana in Canada was an abandoned mine in Flin Flon, Manitoba. While to some this appears comical, Health Canada justifies this decision because of the security this

45 Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, 2001, Issue no. 10, p. 10 :38-10 :39.

location provides and the opportunity to control the temperature, the humidity and the growing conditions.

The first product was expected to be delivered to Health Canada by early 2002. Under the terms of the five-year, \$5.7 million contract that Prairie Plant Systems Inc. signed with Health Canada, the company would

- ❖ Set up and operate a marijuana growing, processing, fabrication and storage establishment;
- ❖ Conduct laboratory testing and quality control of marijuana throughout the product life cycle;
- ❖ Fabricate, package, label and store marijuana material;
- ❖ Distribute marijuana product to recipients authorized by Health Canada; and
- ❖ Conform to the requirements of the CDSA including stringent security and physical measures.

Health Canada also announced that this product would, in addition to use for research purposes, be made available to authorized Canadians using it for medical purposes who agree to provide information to Health Canada for monitoring and research purposes.

This spring, Health Canada revealed that the first crop could not be used for research purposes because of the varying quality. While they had hoped to obtain seeds from the National Institute on Drug Abuse, the seeds that were used were obtained from police seizures in Canada. This led to a collection of marijuana with different strains and characteristics. Health Canada states the importance of research-grade marijuana as follows:

Going back to the comments we made earlier on why Health Canada is involved in the study of medical marijuana, it is to determine whether to develop the scientific evidence that is required to determine whether there is a benefit. In order to develop that scientific evidence, one must have a base product that meets research standards. It was not a question of whether Prairie Plant Systems did in fact grow marijuana; it was a question of whether the product they developed was consistent, research-grade standard such that it could be used in legitimate scientific research.⁴⁶

While we are sympathetic to this argument, there would appear to be no justification for not supplying this product to those who have been authorized to do so under the CDSA, particularly since the safety of the product, in regard to pesticides, moulds, etc., should not be in question.

⁴⁶ Dann Nichols, Assistant Deputy Minister, Healthy Environments and Consumer Safety Branch, Health Canada, Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, Thirty-Seventh Parliament, 2001-2002, Issue No. 22, page 46.

CONCLUSIONS

We would like to emphasize that the changes we propose to the MMAR still ensure that therapeutic use is limited to cases of legitimate medical need and that distribution and production is done under governmental licence.

Conclusions of Chapter 13

- The MMAR are not providing a compassionate framework for access to marijuana for therapeutic purposes and are unduly restricting the availability of marijuana to patients who may receive health benefits from its use.
- The refusal of the medical community to act as gatekeepers and the lack of access to legal sources of cannabis appear to make the current regulatory scheme an “illusory” legislative exemption and raises serious Charter implications.
- In almost one year, only 255 people have been authorized to possess marijuana for therapeutic purposes under the MMAR and only 498 applications have been received – this low participation rate is of concern.
- Changes are urgently needed with regard to who is eligible to use cannabis for therapeutic purposes and how such people gain access to cannabis.
- Research on the safety and efficacy of cannabis has not commenced in Canada because researchers are unable to obtain the product needed to conduct their trials.
- No attempt has been made in Health Canada’s current research plan to acknowledge the considerable expertise currently residing in the compassion clubs.
- The development of a Canadian source of research-grade marijuana has been a failure.

CHAPTER 14

POLICE PRACTICES

Views on police priorities regarding enforcement of laws on illicit drugs are, at the very least, inconsistent, if not completely contradictory. Some believe that too much police time, effort and resources are spent in investigating illicit drug offences and, more specifically, possession offences – even more specifically, cannabis possession offences. Others—including the police themselves – claim that police priorities are already focused on traffickers and producers, and that possession charges are laid as a result of police presence to deal with other criminal activity. Thus, they maintain that the vast majority of cannabis possession charges are incidental to other police responsibilities.

This chapter will review the key organizations that are responsible for enforcing Canada's current illicit drugs legislation, the *Controlled Drugs and Substances Act* (CDSA). It will include a discussion of the powers they have been granted, and the investigative techniques used, in relation to illicit drug investigations. Finally, key police-related statistics will be explored. This information should help clarify some of the misconceptions related to enforcement of laws on illicit drugs.

ENFORCEMENT AGENCIES

Several organizations play a role in enforcing Canada's illicit drug legislation. This section will review three: the RCMP, the Canada Customs and Revenue Agency (CCRA), and provincial and municipal police forces. These key players co-operate with many other organizations when required, such as National Defence, Fisheries and Oceans, and the Canadian Coast Guard.

The RCMP

The RCMP's role and mandate is to enforce laws, prevent crime, and maintain peace, order and security. The RCMP is involved mainly in four components of Canada's Drug Strategy: enforcement and control; national co-ordination; international co-operation; and prevention programming.

At the national level, the RCMP's drug enforcement responsibilities are primarily carried out by two groups:

- ❖ The Drug Enforcement Branch: with approximately 900 employees, this branch is responsible for drug enforcement in Canada through its head office in Ottawa and its divisional drug enforcement units located throughout the country. The Branch also provides rapid communication to members of the international drug enforcement community.
- ❖ Integrated Proceeds of Crime Initiative: with about 415 employees, this group is responsible for investigating persons for proceeds of crime and seizing assets obtained through criminal activities. With an estimated 90 per cent of seizures related to drugs, it is primarily a drug-related initiative. The 13 units are staffed with a mix of: federal, provincial, and municipal police; Justice counsel; customs officers; tax investigators; asset managers; and forensic accountants. Cases tend to be complex and lengthy.

These two services also receive assistance from other RCMP sections such as intelligence and other specialized investigation services, including electronic and physical surveillance. Their current priorities lie in the investigation and arrest of upper echelon criminal organizations, involved in the drug trade, and in the seizing of proceeds of crime. The RCMP has adopted an intelligence-driven approach and conducts project-oriented investigations—for example, focusing on organized crime. It gathers information that is fed through its intelligence process to identify the main threats across the country. National priorities are based on these threat assessments so that resources will be focussed on the areas of greatest risk to Canadians. National priorities are reassessed, modified and retargeted based on gathered intelligence. Within those national priorities – for example, outlaw motorcycle gangs – particular groups will be specifically targeted. This approach has resulted in cases that are complex and lengthy and consume significant resources. Many of these investigations can take many years to come to fruition.

When it appeared before the Committee in October 2001, the RCMP set out the following national priorities:

*Our current strategic national priorities are outlaw motorcycle gangs, Asian-based organized crime, Italian-based organized crime, and Eastern European-based organized crime. These are national targets; they are not drug targets. These are the RCMP national targets. These groups are involved in all commodity areas. However, you will notice that all four groups are involved in illicit drugs*¹

The RCMP works closely with other national and international enforcement agencies in its efforts to reduce the supply of drugs in Canada. In this function, it will

¹ R.G. Lesser, Chief Superintendent, RCMP, Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, 2001, Issue no. 8, page 11.

regularly participate in joint forces operations—which can be permanent working groups or temporary operations aimed at a specific target—to co-operatively investigate criminal activity and exchange intelligence. Liaison is maintained with provincial and municipal police departments, Interpol, the United Nations, the Organization of American States, National Defence, Fisheries and Oceans, Correctional Service of Canada, the Canadian Coast Guard, as well as Customs authorities and drug enforcement agencies worldwide, such as the Drug Enforcement Administration, FBI and U.S. Customs.

The RCMP is also involved in drug prevention and has established a Drug Awareness Service. With a budget of \$4 million and 31 employees, this Service is responsible for going into the community to educate students, parents, athletes, coaches, employees, employers and community groups. The RCMP—including all personnel and not only the 31 full-time employees—makes over 10,000 presentations per year. Programs include Drug Abuse Resistance Education (DARE)², the Aboriginal Shields Program, the Two-way Street: Parents, Kids and Drugs, and the Drugs and Sport Program.

In addition to its federal responsibilities, the RCMP is involved in local enforcement as part of the provincial and municipal policing responsibilities it performs under contract. Sgt. MacEachern, Drug Enforcement Coordinator in New Brunswick, provided the following explanation:

The RCMP has a contractual obligation to the Province of New Brunswick and, as such, we provide policing services to all rural areas of the province, a large number of the smaller service districts and small municipalities, and as well a significant number of larger municipalities. In addition, we have federal law enforcement units throughout the province, and for drug enforcement we have offices and suboffices in Bathurst, Moncton, Saint-Leonard, Saint John and Fredericton.

Simply put, our federal enforcement personnel dedicate themselves to larger scale investigations involving organized criminal groups at the provincial, interprovincial, national and international levels. Our provincial or contract detachments are tasked with targeting local or street level drug traffickers, but often, in the interests of addressing a significant local trafficking situation, our federal units combine resources with our detachments to pursue a specific goal.³

While enforcement statistics are discussed in greater detail in following sections of this chapter, it is interesting to note that, according to the following chart from the Auditor General's 2001 Report,⁴ the RCMP was responsible for approximately 24% of all charges under the *Controlled Drugs and Substances Act* in 1999, with only 4% of the charges relating to its federal policing services. In this chart, the number of persons

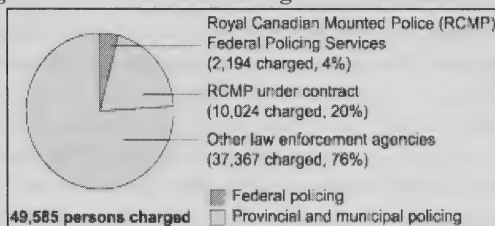
² DARE is discussed in greater detail in Chapter 17.

³ Presentation submitted to the Committee on 5 June 2002.

⁴ *Report of the Auditor General of Canada to the House of Commons*, 2001, Chapter 11, "Illicit Drugs: The Federal Government's Role," p. 11.

charged is according to the most serious offence in a given incident and means persons charged by police or persons against whom the police recommended charges be laid.

Charges under the Controlled Drugs and Substances Act in 1999



The Canada Customs and Revenue Agency⁵

The CCRA—currently with over 8000 employees—has always played a key role in drug enforcement in Canada and is responsible for intercepting drugs at the point of entry. This is a significant task because many of the illicit drugs found in Canada are smuggled across our borders – although this statement may be less accurate with respect to cannabis, because of local production.

The *Customs Act* grants customs officers certain powers. Section 98 authorizes an officer to search a person arriving in Canada if the officer suspects on reasonable grounds that the person has secreted on or about his person: anything in respect of which the Act has been or might be contravened; anything that would afford evidence with respect to a contravention of this Act; or any goods the importation or exportation of which is prohibited, controlled or regulated under the Act or any other Act of Parliament. In addition, section 99 authorizes examination of goods that have been imported into Canada.

The CCRA deals with several types of contraband, including firearms, alcohol, tobacco and drugs. Like that of the RCMP, its work is intelligence-based, using information gathered through its own extensive intelligence network and through other enforcement agencies (both nationally and internationally). Thus, its contraband and intelligence program works with national and international enforcement agencies to develop information, indicators and trends to help identify suspicious shipments and/or persons before they arrive at the border.

The enforcement programs are based on strategic planning, risk management, information gathering and dissemination, partnerships, and effective training of

⁵ This section relies to a great extent on the testimony of Mark Connolly, Director General, Contraband and Intelligence Services Directorate, Customs Branch, Canada Customs and Revenue Agency, Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, 2001, Issue no. 8, pages 33-39.

personnel. The Contraband and Intelligence Services Directorate—with illegal drugs as its first priority—is responsible for the design, development, and implementation of strategies with regard to anti-smuggling and intelligence programs. Due to increasing volume, the CCRA implemented the Customs Action Plan—modernizing customs processes and introducing programs based on risk management.

The CCRA contraband and intelligence program is made up of intelligence officers, analysts, and databases to support front-line customs inspectors in identifying high-risk persons and goods at our borders. These units are responsible for collecting and developing intelligence and disseminating it to the line officers across the country.

The CCRA maintains alliances with other customs administrations, national and international law enforcement agencies, and external stakeholders in connection with contraband, intelligence, strategic export and counter-terrorism programs. It has also built important partnerships with other law enforcement agencies in Canada, such as the RCMP and provincial and municipal police, and around the world with other customs administrations and law enforcement agencies such as the United States Customs Service, the Drug Enforcement Agency, the World Customs Organization, the Caribbean Customs Law Enforcement Council, and Interpol. The CCRA regularly participates in joint-force operations of both short- and long-term duration. For example, the Integrated Border Enforcement Teams (IBETS) is a multi-agency law enforcement initiative between Canada and the United States to address cross-border crimes. In addition, the CCRA and police pool resources on a daily basis with local, state and provincial enforcement agencies to combine expertise and intelligence. The CCRA is also part the Integrated Proceeds of Crime initiative discussed above.

Specific activities in relation to drug enforcement include:

- ❖ Use of highly sophisticated contraband detection equipment to conduct non-intrusive examinations to assist in the identification of narcotics – X-ray systems, including baggage, mobile truck and rolling cargo systems; ion scans used to detect trace amounts of narcotics on almost any surface; detector dog teams deployed across the country; contraband detection kits that include a number of useful tools such as probes and fibrescopes; and one submersible remote-operated vehicle used to detect narcotics and other contraband attached to the hull of ships, below the water level.
- ❖ Emphasis on training its customs inspectors in the area of contraband enforcement.
- ❖ Use of several enforcement systems and databases, both internal and external, which allow customs officers and inspectors to identify the level of risk of travellers, carriers and/or drivers.
- ❖ Deployment of dedicated enforcement personnel to enhance intelligence and interdiction in the regions. Regional Intelligence Officers work with local police authorities, targeters, investigators and customs officers to identify high-risk movement across the border. Flexible Response Teams consist of highly trained customs officers who have been placed across Canada to perform monitoring and

compliance verification activities, as well as sampling stints on travellers chosen on a random basis. Regional Intelligence Analysts analyze large seizures to identify links to organized crime; they also conduct threat assessments based on trends, and help identify future risk.

The CCRA estimates that it is responsible for approximately 50% of all drug seizures in Canada.

Provincial and municipal police

Provincial and municipal police forces handle the majority of drug cases in Canada. They are involved primarily in enforcing illicit drug legislation at the street level. In addition, members of these forces are often involved in joint operations with the RCMP and/or the CCRA and other enforcement agencies. For example, the Committee was informed of joint operations currently being run with the RCMP—and in certain cases other enforcement agencies—and the Toronto Police Service, the Vancouver Police Department and the Regina Police Service.

COSTS ⁶

The Committee had requested certain details from police forces such as the proportion of time officers spend on drug-related cases, the number of officers assigned to drug enforcement, etc. In most cases, we either received no response to these questions or very general broad statements. Either the police forces were not willing to share this information or police work does not lend itself to these types of calculations and no one knows how much is spent on drug enforcement. In either case, the lack of data makes it extremely difficult to estimate how much of police budgets is allocated to drug-related matters and to analyze whether or not public funds are efficiently allocated.

Estimating the cost of drug enforcement is a fairly complex exercise. Questions raised include: Which items should be included? Which items should be left out because of a lack of data? How should each cost element be measured? Are such costs truly avoidable? How are items to be costed? Finally, what is the effect of these factors on the quality of the results?

⁶ This section relies to some extent on *The Costs of Drug Abuse and Drug Policy*, a paper prepared for the Special Senate Committee on Illegal Drugs by Antony G. Jackson, Economics Division, Parliamentary Research Branch, Library of Parliament, 22 April 2002.

The Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) undertook the latest major study of the costs of drug abuse in Canada.⁷ This study was published in 1996 and relates to 1992 data. Law enforcement costs were estimated as:

Police	\$208.3M
Courts	\$59.2M
Corrections (including probation)	\$123.8M
Customs and Excise	\$9.0M
<i>Total law enforcement costs</i>	\$400.3M

Police costs consisted of the costs for specialized law agencies such as the (then) RCMP Narcotics Division, plus that fraction of the general costs of operations that could be attributed to dealing with illicit drug crimes. Such crimes included both direct violations of the drug laws and also that proportion of general crimes that could reasonably be attributed to illicit drugs.

Data existed on the proportion of homicide and assault cases in which the perpetrator was under the influence of illicit drugs. The CCSA study estimated the proportion of those cases where the assault or homicide could be causally attributed to the drug intoxication of the perpetrator. Putting these two together, it estimated that 8% of violent crimes were attributable to illicit drugs in Canada. No such figure was estimated for property crimes.

The measure of police output was the offence. To estimate policing costs, total policing expenditures as reported by Statistics Canada were multiplied by the percentage of offences that were estimated to be drug-related. The CCSA study concluded that in 1992, 2.4% of all offences were attributable to illicit drug use.

Policing costs of enforcing federal drug laws	\$168.4M
Policing costs of 8% of violent crimes	\$39.9M
<i>Total policing costs</i>	\$208.3M

The Customs and Excise figure excluded programs financed under the Drug Strategy.

While we are unable to conduct an in-depth study of enforcement of laws on illicit drugs costs in relation to the RCMP, the CCRA and provincial and municipal police, we can assert with certainty that the current costs of enforcement of laws on illicit drugs are significantly higher than the approximately \$210 million estimated in 1992.

The Auditor General's 2001 report estimated that the RCMP alone spent approximately \$164 million in 1999 on enforcement of laws on illicit drugs.⁸ This

⁷ Single, E., et al., (1996) *The Costs of Substance Abuse in Canada: A Cost Estimation Study*, Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

estimate was based on detailed expenditure data gathered by the federal drug enforcement program. The amount included costs directly related to drug enforcement as well as costs in related areas such as proceeds of crime and customs and excise initiatives.

The \$164 million applies **only** to RCMP federal policing services, however, and not to the policing services rendered by the RCMP under contract to a province or municipality, which account for the largest share of the force's budget. We were told that, at present, it was not possible to ascertain the costs related to the enforcement of laws on illicit drugs for the latter functions.

In the case of contract policing, enforcement of drug laws is rendered in conjunction with a number of other services as, typically, the officers under contract are performing uniform duty, that is, general policing duties in communities. It is therefore difficult to determine what portion of their time is spent doing which activity. This difficulty is enhanced when the drug offence is incidental to another crime, which is often the case.

One must consider that a large portion of the cost of any police service is the pay and benefits extended to its members. In order to accurately determine the cost of drug enforcement in contract policing, the amount of time devoted to the effort must be measured.

While this is done for members of the RCMP employed in the federal services, the present system applied to contract policing is incapable of collecting this information. An effort is being made to develop a new system that could possibly capture this information. However, given the breadth of day-to-day contract policing duties, it is a clear challenge to separate out, in a meaningful way, drug-related activity.

...I should like to speak now to the cost borne by provincial and municipal police forces. We have recently begun a process to determine what information exists on enforcement costs and where the gaps lie. Last month, at the most recent meeting of the National Coordinating Committee on Organized Crime, which I chair, our department distributed a questionnaire to collect existing information on the cost of enforcement in the provinces and territories. The questionnaire has since been distributed to police forces across the country through the Canadian Association of Police Boards. We are very interested in analysing the results once we have received them.⁹

This Committee is obviously also very interested in these results, since they would provide the most accurate information available to date. As previously explained, we found it extremely difficult, if not impossible, to obtain any specific details on cost breakdowns for drug-related activities for provincial and municipal police forces. While Chief Fantino of the Toronto Police Service indicated that “probably one-third of our

⁸ *Report of the Auditor General of Canada to the House of Commons*, 2001, Chapter 11, “Illicit Drugs: The Federal Government's Role,” page 17.

⁹ Paul E. Kennedy, Senior Assistant Deputy Solicitor General, Policing and Security Branch, Department of the Solicitor General, Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, 2001-02, Issue no. 22, pages 9-10.

resources are sucked right up in some form or another relating to drug work,”¹⁰ this type of statement is insufficient to permit concrete conclusions with respect to policing costs. What we did hear was that drug investigations—in particular those targeting trafficking networks—can be very resource-intensive for police forces.

*It is a large pull on resources, due to the nature of the work. The work is complex and, as you point out, it involves surveillance. It will sometimes involve wiretap surveillance as well. It requires a network of people who work in a clandestine fashion. It takes the police a long time to assemble credible evidence to reveal the network, make the connections, and then to correlate all of that for the court. It is a very resource-intensive aspect of policing, therefore, it is very expensive to the police department.*¹¹

It is not clear, however, whether the same rationale with respect to costs applies in the case of cannabis possession.

Cannabis use is, except as it is incidental to an encounter with a police officer, not a target of police investigation at this time, at least not in this community. We do not go out and seek people who are simply using cannabis. We do encounter them, however, as we go about our business in many other circumstances. We encounter them as one part of the drug investigation into trafficking, so we see the users there and some charges arise. We see them in domestic disputes. We see users in drinking establishment investigations and sometimes in traffic-infracton situations. Their presence is incidental to the investigation.

*As far as targeting cannabis trafficking and cannabis cultivation, that is a mainstream of the drug investigations. The money from cannabis cultivation and cannabis trafficking does flow into other aspects of crime. In some communities it is most definitely formal, organized crime; in other communities it is groups of affiliated criminals who are involved for profit only. We direct our activity to those areas.*¹²

With respect to customs-related costs, the CCRA indicated that of its \$410 million budget for 2001-2002, it can be estimated that \$75 million is dedicated to the interdiction of illegal drugs, in areas such as: Flexible Response Teams; district-targeting units; the container examination program; the marine centre of expertise; regional intelligence analysts; and regional intelligence officers. In addition, costs were associated with contraband detection technology that includes: X-rays; ion-mobility spectrometers; and the Detector Dog service. The CCRA did indicate that the officers involved in contraband detection are not dedicated solely to drug enforcement but to contraband enforcement in general—although illicit drug interdiction was their first priority. The

¹⁰ Chief Julian Fantino, Toronto Police Service, Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, 2001, Issue no. 5, page 11.

¹¹ Chief Cal Johnston, Regina Police Service, Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, 2001-02, Issue no. 16, page 31.

¹² *Ibid.*, page 33.

Auditor General's 2001 report had estimated the CCRA's enforcement expenditures at between \$14 and \$36 million for illicit drug interdiction.¹³

The numbers indicated below have been selected from the following sources:

- ❖ RCMP (federal policing services) – Auditor General's 2001 report and testimony before the Committee;
- ❖ Provincial and municipal forces and RCMP (under contract) – by multiplying the estimated total policing expenditures for municipal and provincial policing of \$5.0 billion (in 1997-1998, expenditures totalled \$4.8 billion – excluding RCMP federal policing services expenditures)¹⁴ by 3.5% (the percentage that illicit drug offences represented of all CDSA and *Criminal Code* offences in 2001: 91,920 CDSA offences and 2,534,319 *Criminal Code* offences = 2,626,239 total CDSA and *Criminal Code* offences)¹⁵; and
- ❖ CCRA – based on an estimate between figures provided in the Auditor General's 2001 report (\$14 to \$36 million) and the CCRA's testimony before the committee (\$75 million).

While this is a crude and unscientific method of calculation and does not take into account a series of factors that would certainly lead to adjustments, it does provide some basis for comparison.

RCMP (Federal Services)	\$164 million
Provincial and municipal policing	\$175 million
CCRA	\$50 million
Total \$389 million	

As indicated above, given the fact that drug investigations are extremely resource-intensive, drug enforcement may be assumed to represent much more than 3.5% of policing budgets. Chief Fantino of the Toronto Police Service indicated that it was probably closer to 33% of his budget. Even if a conservative number such as 15% were used, the figure for provincial and municipal policing costs would increase to \$750 million. **This would mean that almost \$1 billion is being spent on drug enforcement in Canada every year.** Clearly, not all costs would be recoverable, even under a legalized system. For example, already overburdened police forces would surely

¹³ *Report of the Auditor General of Canada to the House of Commons*, 2001, Chapter 11, "Illicit Drugs: The Federal Government's Role," page 16.

¹⁴ Statistics Canada, Canadian Centre for Justice Statistics, *Juristat*, Justice Spending in Canada, Catalogue no. 85-002-XIE, Vol. 19, No. 12, pages 4-6.

¹⁵ Statistics Canada, Canadian Centre for Justice Statistics, *Juristat*, Crime Statistics in Canada - 2001, page 14.

redirect resources to other priorities. However, significant savings could reasonably be expected, if the cannabis laws were relaxed.

*...the actual savings in law enforcement costs attributable to changing prohibition of possession are hard to estimate. The difficulty occurs in part because cannabis arrests have decreased in recent years in Vancouver reflecting the overall tendency to relax enforcement for simple possession. Nevertheless, reduced law enforcement activities would have substantial savings if the law was repealed or changed.*¹⁶ (emphasis added)

POLICE POWERS¹⁷

There are those who argue that police have been granted powers that are far too extensive in relation to drug enforcement and that in this fight against drugs, society has come to tolerate a battery of investigative techniques—wiretapping, strip-searches, the use of paid informants, entrapment, etc—which are offensive to our basic notions of civil liberty. As will be discussed in more detail, the nature of drug offences renders them difficult to enforce. This results in police agencies requesting and using a variety of unusual methods of enforcement. While there is a long history of special police powers in relation to drug enforcement, this chapter will focus primarily on modern police powers.

No one questions the fact that police require powers for the maintenance of law and order in our society. In investigating criminal offences, the police may use less intrusive investigative techniques such as observation and interrogation. In other cases, they may be required to use more intrusive methods such as electronic surveillance and reverse sting operations. While such methods are not limited to drug enforcement and may be used in other criminal matters, they are certainly used much more extensively in drug investigations.

These powers must be constrained, however, so as to protect individuals from excessive police activity. As stated by La Forest J.: “*The restraints imposed on government to pry into the lives of the citizen go to the essence of a democratic state.*”¹⁸ In determining whether police conduct is acceptable, conflicting interests generally have to be weighed. First, there are the individual’s interests, including the interest of being free from state intrusion. Second, there are the state’s interests, including that of protecting society

¹⁶ Kash Heed, Vice Drugs Section, Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, 2001, Issue no. 10, page 62.

¹⁷ This section is in essence a summary of *Police Powers and Drug-Related Offences*, a paper prepared for the Special Senate Committee on Illegal Drugs by Gérald Lafrenière, Law and Government Division, Parliamentary Research Branch, Library of Parliament, 6 March 2001.

¹⁸ *R. v. Dyment*, (1988) 45 C.C.C. (3d) 244 at p. 254 (S.C.C.).

from crime. Because these interests generally conflict, it can sometimes be difficult to agree on where the line should be drawn in relation to police conduct.

The courts have recognized that, as crimes become more sophisticated, police must be able to use more sophisticated investigative techniques to detect their commission. In addition, with respect to drug-related offences and other consensual types of offences,¹⁹ it is acknowledged that routine investigative techniques are often insufficient because of the difficulty in detecting these activities. Generally, because there is no “victim,” no one is there to complain or report the offence to police. Both Parliament and the courts appear to agree that additional police powers may be warranted in these circumstances. It is believed that police need to be proactive, rather than reactive, as is generally the case for other non-consensual offences. An example of this viewpoint is expressed in the following statement by former Chief Justice Laskin of the Supreme Court of Canada:

*Methods of detection of offences and of suspected offences and offenders necessarily differ according to the class of crime. Where, for example, violence or breaking, entering and theft are concerned, there will generally be external evidence of an offence upon which the police can act in tracking down the offenders; the victim or his family or the property owner, as the case may be, may be expected to call in the police and provide some clues for the police to pursue. When “consensual” crimes are committed, involving willing persons, as is the case in prostitution, illegal gambling and drug offences, ordinary methods of detection will not generally do. The participants, be they deemed victims or not, do not usually complain or seek police aid; this is what they wish to avoid. The police, if they are to respond to the public disapprobation of such offences as reflected in existing law, must take some initiatives.*²⁰

The Le Dain Commission had also recognized the special nature of drug offences.

The peculiar nature of drug crimes—the fact that the people involved in them are consenting and co-operative parties, and there is rarely, if ever, a victim who has reason to complain, as in crimes against persons and property—makes enforcement of the drug laws very difficult. The police are rarely assisted by complainants. For the most part they have to make their own cases. Moreover, the activity involved in non-medical drug use is relatively easy to conceal. It can be carried on, by agreement of the parties involved, in places which are not easily observed by the police. Further, the substances and equipment involved are relatively easy to conceal or dispose of.

*All of these difficulties have given rise to the development of unusual methods of enforcement.*²¹

¹⁹ Other consensual offences include gambling and prostitution.

²⁰ R. v. Kirzner (1977) 38 C.C.C. (2d) 131 (S.C.C.) at page 135.

²¹ Commission of Inquiry into the Non-medical Use of Drugs (1972) *Cannabis*, A Report, Ottawa, page 239.

Searches and seizures

Special powers of search and seizure have long been part of drug law enforcement practices. For example, before they were eliminated in 1985, writs of assistance generally gave peace officers the power to search without first having to obtain a warrant. Such powers were found in previous versions of the *Customs Act*, the *Excise Act*, the *Food and Drugs Act* and the *Narcotic Control Act*. Before its repeal in 1985, section 10(1) of the *Narcotic Control Act* allowed peace officers acting under “*the authority of a writ of assistance or a warrant*” to enter and search a dwelling-house “at any time,” so long as the peace officer had a reasonable belief that there was a narcotic in the house “*by means of or in respect of which*” an offence under the Act had been committed. Section 8 of the Charter eventually put an end to writs of assistance.

Today, the CDSA establishes a comprehensive search and seizure scheme for drug-related offences. Although these provisions are similar to the search and seizure provisions of the *Criminal Code*, police have some additional powers under the illicit drug legislation. Section 11(1) allows a justice to issue a search warrant if he or she is satisfied by information on oath that there are reasonable grounds to believe that specific items are in a place. These items are:

- ❖ A controlled substance or precursor in respect of which the CDSA has been contravened;
- ❖ Anything in which a controlled substance or precursor referred to in the previous paragraph is contained or concealed;
- ❖ Offence-related property; or
- ❖ Anything that will afford evidence in respect of an offence under the CDSA.

A warrant may be obtained even though there is no reason to believe that there are illicit drugs in the place being searched, so long as there are grounds respecting the presence of one of the other three types of items.

The CDSA authorizes a search “**at any time.**” Thus, there is no requirement to obtain authorization to search at night, as in the case of a search under the *Criminal Code*.

Another special power is found in subsection 11(5), which allows the police to **conduct searches of the person** in certain circumstances. This power is not found in the *Criminal Code*, although the police do have power of search incidental to arrest under common law. The CDSA gives the police, in the process of executing a search warrant, the power to search a person for a controlled substance or other specified items. This can be done only if the officer has reasonable grounds to believe that the person found in the place set out in the warrant has in his or her possession a controlled substance or other specified items set out in the warrant. Thus, this provision authorizes the police to conduct a search of the person even if no arrest is made, but only for specified items and only if the police have reasonable belief of certain facts.

Subsection (7) allows the police to conduct a search described in subsections (1), (5) or (6) without a warrant “if the conditions for obtaining a warrant exist but by reason of exigent circumstances it would be impractical to obtain a warrant.” As will be discussed later, warrantless searches are presumed to be unreasonable, but the courts have allowed for exceptions. The rules have been summarized as follows:

A warrantless search has been justified where, based on the circumstances of the search, it was not feasible to obtain the warrant; for example, where a vehicle, airplane or other conveyance having the ability to change location is the subject of the search. The onus in such cases is on the Crown to establish that the obtaining of a warrant in the circumstances of the specific case would impede the effectiveness of the enforcement of the law.

Where there is no common law search power regarding searches in “exigent circumstances”, the courts have held that it is necessary for the enabling legislation to specifically refer to a warrantless search power in certain circumstances, for example, exigent circumstances. Such legislative provisions should narrowly define the type of investigation which would permit the use of a warrantless search.²²

Although exigent circumstances may be created by the presence of drugs in a vehicle, whether a warrantless search of a person’s home in exigent circumstances will be found to be constitutional is still in doubt.²³ The courts will require some public interest sufficiently compelling to override the privacy interests attaching to the home. One example of such a compelling interest is the preservation of human life or safety.²⁴

The legislation also allows: a police officer to seize things not specified in the warrant if the officer believes on reasonable grounds that they are items mentioned in subsection (1);²⁵ and the power to seize anything that the officer believes on reasonable grounds has been obtained by or used in the commission of an offence (not limited to drug offences) or will afford evidence in respect of an offence.²⁶

The CDSA also deals with the use of force. Section 12 allows a police officer who is executing a warrant to “enlist such assistance as the officer deems necessary” and “use as much force as is necessary in the circumstances.” It should be noted that the search provisions in the *Criminal Code* do not specify that force may be used, although this is set out in other sections of the *Criminal Code*.

Things seized under the CDSA can be classified as either offence-related property (for example, money and automobiles) or controlled substances (“drugs”), with specific rules regarding detention and forfeiture for each category. The legislation also provides for the search, seizure, detention and forfeiture of proceeds of crime in relation to

²² Brucker, T. (2002) *The Practical Guide to the Controlled Drugs and Substances Act*, Third Edition, Carswell, page 101.

²³ In *R. v. Feeney*, the Supreme Court of Canada refused to deal with the issue because, according to the Court, exigent circumstances did not exist when the arrest was made.

²⁴ *R. v. Godoy*, (1999) 131 C.C.C. (3d) 129 (S.C.C.).

²⁵ See *Controlled Drugs and Substances Act*, section 11(6).

²⁶ See *Controlled Drugs and Substances Act*, section 11(8).

drug-related offences by incorporating the proceeds of crime provisions of the *Criminal Code*.

Section 8 of the Charter—warrantless searches

Section 8 of the Charter provides that everyone has the right to be secure against unreasonable search and seizure. Court decisions have dealt with the question of whether searches are reasonable in various situations and with the ancillary question of whether evidence obtained during the searches can be adduced at trial. A search will generally be reasonable if it is authorized by law, the law itself is reasonable, and the search is carried out in a reasonable manner.

Section 8 protects the public's reasonable expectation of privacy from state intrusions. Thus, where there is no reasonable expectation of privacy, section 8 does not apply. In addition, a diminished expectation of privacy (for example, in prisons or at border crossings) will lower the standard of reasonableness (for example, excusing the absence of a warrant or reducing the standard required for justifying the search). A person's home is where there would be the greatest expectation of privacy and thus a greater degree of constitutional protection.

Although the Charter does not specifically require that police obtain a search warrant to conduct a search, the Supreme Court of Canada in *Hunter v. Southam Inc.* has established a presumption that a warrantless search is unreasonable.²⁷ The general rule for a valid search is that the police will require prior authorization to conduct the search (for example, by obtaining a search warrant) and reasonable and probable grounds to justify it. This is to provide a safeguard against unjustified state intrusion.

This is the general rule; however, there are exceptions. It is recognized that a prior authorization is not always feasible. With respect to these exceptions, the courts require some authority, in statute or at common law, to conduct warrantless searches. The existence of such authority is not enough, however, because the courts will also review this authority to ensure that it is reasonable. In defining what is reasonable, the courts have established that warrantless searches should generally be limited “to situations in which exigent circumstances render obtaining a warrant impracticable.”²⁸ In *R. v. Grant*, the Court stated:

*To sum up on this point, s. 10 may validly authorize a search or seizure without warrant in exigent circumstances which render it impracticable to obtain a warrant. Exigent circumstances will generally be held to exist if there is an imminent danger of the loss, removal, destruction or disappearance of the evidence if the search or seizure is delayed. While the fact that the evidence sought is believed to be present on a motor vehicle, water vessel, aircraft or other fast moving vehicle will often create exigent circumstances, no blanket exception exists for such conveyances.*²⁹

²⁷ *Hunter (Director of Investigation & Research) v. Southam Inc.* (1984) 14 C.C.C. (3d) 97 (S.C.C.).

²⁸ *R. v. Grant* (1993) 84 C.C.C. (3d) 173 (S.C.C.) at p. 188.

²⁹ *Ibid.*, page 189.

While every case will be reviewed on its merits, the greater the degree of urgency the police can demonstrate in the circumstances, the more inclined a court will be to find the warrantless search reasonable.

Searches of the person

Apart from a few specific provisions, such as the one found in the CDSA, federal criminal law does not provide authorization for a search of the person. The common law does, however, allow a search of the person incidental to a lawful arrest. This common law power is an exception to the general rule that a search requires prior authorization to be reasonable. This is a very important exception, because most searches of the person are done pursuant to this power. As explained earlier, the CDSA does allow a police officer who is executing a search warrant under that Act to search people who are present, under certain conditions.

A person may be searched under the common law power only for the purpose of locating further evidence relating to the charge upon which he or she has been arrested or to locate a weapon or some article that may assist him or her to escape or commit violence. Although the power to search incidental to an arrest is fairly broad, there is no automatic unrestricted right to search incidental to an arrest.

Manner in which search conducted

Courts have shown a willingness to scrutinize the manner in which a search of the person is conducted. For example, in *Collins*, a British Columbia case, the accused was sitting in a bar that was said to be frequented by heroin users and traffickers. The accused was seized by two police officers; while one of them used a choke-hold that rendered her semi-conscious, the other forced open her mouth. While this was happening, three caps of heroin dropped out of the accused's right hand. The Court held that the officers in this case had not had reasonable and probable grounds to believe that narcotics were in the accused's mouth and that therefore the search was unlawful. The Court went further and determined that to admit the evidence would bring the administration of justice into disrepute, for it would condone and allow the continuation of unacceptable conduct by the police. This decision was affirmed on appeal by the Supreme Court of Canada. This does not mean that a choke-hold will always be considered unreasonable. The following was stated in *R. v. Garcia-Gutierrez*:³⁰ *"a choke-hold was used to prevent the evidence from being swallowed and a punch to the solar plexus to force the suspect to cough it up. Subject to a strongly worded dissenting opinion, the majority of the B.C. Court of Appeal held that the choke-hold to preserve evidence was acceptable in the circumstances."*³¹

Searches of the person authorized by statute and the common law generally provide no indication as to the scope of the search that can be carried out. As discussed above, one of the requirements of a reasonable search is that it be executed in a

³⁰ (1991) 65 C.C.C. (3d) 15 (B.C.C.A.).

³¹ Fontana, J.A. (1997) *The Law of Search and Seizure in Canada*, Fourth Edition, Butterworths, page 396.

reasonable manner. With respect to searches of the person, the level of intrusion may render the search unreasonable.

When discussing body searches in border areas, the Supreme Court of Canada distinguished between three categories of searches:

It is, I think, of importance that the cases and the literature seem to recognize three distinct types of border search. First is the routine of questioning which every traveller undergoes at a port of entry, accompanied in some cases by a search of baggage and perhaps a pat or frisk of outer clothing. No stigma is attached to being one of the thousands of travellers who are daily routinely checked in that manner upon entry to Canada and no constitutional issues are raised. It would be absurd to suggest that a person in such circumstances is detained in a constitutional sense and therefore entitled to be advised of his or her right to counsel. The second type of border search is the strip or skin search of the nature of that to which the present appellant was subjected, conducted in a private room, after a secondary examination and with the permission of a customs officer in authority. The third and most highly intrusive type of search is that sometimes referred to as the body cavity search, in which customs officers have recourse to medical doctors, to X-rays, to emetics, and to other highly invasive means.³²

In the *Simmons* case, Dickson C.J.C. went on to add that the different types of searches raise different issues and entirely different constitutional issues “for it is obvious that the greater the intrusion, the greater must be the justification and the greater the degree of constitutional protection.”³³ This approach was confirmed in the 1999 Supreme Court of Canada decision in *Monney* (discussed below). In both cases, the constitutionality of the third category of searches was left open, while the first two categories were held to be reasonable under section 8 even if based only on suspicion. It should be noted that these cases were decided in the context of border searches.

The Supreme Court of Canada indicated the following with respect to frisk searches in the context of a search incidental to arrest:

A “frisk” search incidental to a lawful arrest reconciles the public’s interest in the effective and safe enforcement of the law on the one hand, and on the other its interest in ensuring the freedom and dignity of individuals. The minimal intrusion involved in the search is necessary to ensure that criminal justice is properly administered.³⁴

Thus, when a search of the person is justified, a frisk search will generally be held to be reasonable because it is the least intrusive means available to conduct one.

Strip searches were considered in *R. v. Flintoff*.³⁵ A police officer arrested the accused at the scene of an accident for impaired driving. The accused was strip-searched before the breath tests, pursuant to a general police policy requiring all police

³² *R. v. Simmons*, (1988) 45 C.C.C. (3d) 296 (S.C.C.).

³³ *Ibid.*

³⁴ *Cloutier* (1990) 53 C.C.C. (3d) 257 (SCC) at pages 277-278.

³⁵ (1998) 126 C.C.C. (3d) 321 (Ont. C.A.).

officers to strip-search every person brought into the station in custody, regardless of the circumstances of the case or the individual. The Court held that the search was unreasonable and in violation of section 8 of the Charter. The Court stated that the strip search was not justified in law and was not incidental to an arrest. It found the breach was “outrageous” and “flagrant” and that it would shock the public. According to the Court, strip-searching “is one of the most intrusive manners of searching” and “one of the most extreme exercises of police power.” Although the police can search incidental to an arrest, “the degree of intrusion must be reasonable and in pursuit of a valid objective such as safety.”

The recent Supreme Court of Canada decision in *R. v. Golden*³⁶ reviews issues surrounding searches incidental to arrest and the manner in which such a search may be conducted. Mr. Golden was arrested following what police believed were drug transactions in a restaurant. He was taken to a stairwell where the police pulled down his pants and underwear and noticed a clear plastic wrap containing a white substance in the anal area. The police tried to retrieve it but the accused resisted. He was escorted back into the restaurant and patrons were told to leave. The accused was forced to lean over a table and his pants and underwear were lowered. He continued to resist police attempts to retrieve the plastic wrap and accidentally defecated—which did not dislodge the plastic wrap. The police retrieved a pair of rubber dishwashing gloves and removed the package while the accused was face-down on the floor. The accused was strip-searched again at the police station. The Supreme Court made the following statement regarding strip searches:

*While the respondent and the interveners for the Crown sought to downplay the intrusiveness of strip searches, in our view it is unquestionable that they represent a significant invasion of privacy and are often a humiliating, degrading and traumatic experience for individuals subject to them. Clearly, the negative effects of a strip search can be minimized by the way in which they are carried out, but even the most sensitively conducted strip search is highly intrusive. Furthermore, we believe it is important to note the submissions of the ACLC and the ALST that African Canadians and Aboriginal people are overrepresented in the criminal justice system and are therefore likely to represent a disproportionate number of those who are arrested by police and subjected to personal searches, including strip searches... As a result, it is necessary to develop an appropriate framework governing strip searches in order to prevent unnecessary and unjustified strip searches before they occur.*³⁷

In *Golden*, the Supreme Court of Canada found that the Crown had failed to prove that the strip search of the appellant was carried out in a reasonable manner. It was of the view that the evidence fell far short of establishing that a situation of exigency existed so as to warrant a strip search outside of the police station, particularly with the station two minutes away. Thus, the Court concluded that this was not a case involving an urgent and necessary need to conduct a strip search “in the field” for the purpose of preserving evidence.

³⁶ 2001 SCC 83.

³⁷ *Ibid.*, para. 83.

The Supreme Court also cautioned against the use of force in conducting a search:

*We particularly disagree with the suggestion that an arrested person's non-cooperation and resistance necessarily entitles police to engage in behaviour that disregards or compromises his or her physical and psychological integrity and safety. If the general approach articulated in this case is not followed, such that the search is unreasonable, there is no requirement that anyone cooperate with the violation of his or her Charter rights. Any application of force or violence must be both necessary and proportional in the specific circumstances. In this case, the appellant's refusal to relinquish the evidence does not justify or mitigate the fact that he was strip searched in a public place, and in a manner that showed considerable disregard for his dignity and his physical integrity, despite the absence of reasonable and probable grounds or exigent circumstances.*³⁸

The importance of *Golden* is that the Supreme Court adopted a “framework for the police in deciding how best to conduct a strip search incident to arrest in compliance with the Charter.” It set out the following questions:

1. *Can the strip search be conducted at the police station and, if not, why not?*
2. *Will the strip search be conducted in a manner that ensures the health and safety of all involved?*
3. *Will the strip search be authorized by a police officer acting in a supervisory capacity?*
4. *Has it been ensured that the police officer(s) carrying out the strip search are of the same gender as the individual being searched?*
5. *Will the number of police officers involved in the search be no more than is reasonably necessary in the circumstances?*
6. *What is the minimum of force necessary to conduct the strip search?*
7. *Will the strip search be carried out in a private area such that no one other than the individuals engaged in the search can observe the search?*
8. *Will the strip search be conducted as quickly as possible and in a way that ensures that the person is not completely undressed at any one time?*
9. *Will the strip search involve only a visual inspection of the arrestee's genital and anal areas without any physical contact?*
10. *If the visual inspection reveals the presence of a weapon or evidence in a body cavity (not including the mouth), will the detainee be given the option of removing the object himself or of having the object removed by a trained medical professional?*
11. *Will a proper record be kept of the reasons for and the manner in which the strip search was conducted?*

Because of the nature of drug-related offences and the fact that the substance is more easily concealed, it would appear that more intrusive searches may be allowed. The courts are certainly aware of the tactics used by offenders to conceal drugs and may be more willing to allow police conduct that would otherwise be unreasonable. It is clear from the decisions, however, that the more intrusive the search, the greater must be the justification and greater the constitutional protection.

³⁸ *Ibid.*, para. 116.

Schools

In *R. v. M. (M.R.)*,³⁹ in a majority decision, the Supreme Court of Canada has held that a student's reasonable expectation of privacy in the school environment is "*significantly diminished*" because school authorities are responsible for "*providing a safe environment and maintaining order and discipline in the school.*" In the case of searches by school authorities (not the police), there is no requirement for a warrant, and the standard is reasonable belief. The school authority must not, however, be an agent of the police. The Court added that students must know "*that this may sometimes require searches of students and their personal effects and the seizure of prohibited items.*" In the result, the Court held that the seizure of marijuana from a student searched during a school dance did not infringe his rights under section 8 of the Charter. While setting out the parameters for a reasonable warrantless search in such circumstances, it must be noted that the majority decision expressly limited its findings to the elementary or secondary school milieu, with "no consideration" having been given to a college or university setting.

Borders

Searches conducted by customs officers at the border are an example of reduced constitutional protections where the courts find that there is a lower expectation of privacy based on the context. In such cases, the standards established in *Hunter* may not apply.

Section 98 of the *Customs Act*⁴⁰ allows an officer to search a person who has just arrived in Canada within a reasonable time of the person's arrival, or a person who is about to leave, if the officer suspects on reasonable grounds that the person has hidden illegal items on his or her person. The Supreme Court of Canada has interpreted this standard as one of reasonable suspicion and not the higher standard of reasonable grounds.⁴¹ A person about to be searched can request to be taken before a senior officer who will make a determination as to whether the search shall proceed.⁴²

In *R. v. Simmons*,⁴³ the accused was required to submit to a strip search as the result of a customs officer's belief that she was carrying contraband. The Supreme Court's decision acknowledged Canada's right as a sovereign state to control both who and what crosses its boundaries. Even though the search power did not meet the standards that it had set out in *Hunter* (for example, prior authorization and reasonable grounds), the Court stated:

³⁹ [1998] 3 S.C.R. 393.

⁴⁰ S.C. 1986 c. 1.

⁴¹ *R. v. Monney*, (1999) 133 C.C.C. 129 (S.C.C.).

⁴² The *Customs Act* also contains many other provisions dealing with powers of customs officers. These are not discussed.

⁴³ (1988) 45 C.C.C. 296 (S.C.C.).

I accept the proposition advanced by the Crown that the degree of personal privacy reasonably expected at customs is lower than in most other situations. People do not expect to be able to cross international borders free from scrutiny. It is commonly accepted that sovereign states have the right to control both who and what enters their boundaries. For the general welfare of the nation the state is expected to perform this role. Without the ability to establish that all persons who seek to cross its borders and their goods are legally entitled to enter the country, the state would be precluded from performing this crucially important function. Consequently, travellers seeking to cross national boundaries fully expect to be subject to a screening process. This process will typically require the production of proper identification and travel documentation and involve a search process beginning with completion of a declaration of all goods being brought into the country. Physical searches of luggage and of the person are accepted aspects of the search process where there are grounds for suspecting that a person has made a false declaration and is transporting prohibited goods.

In my view, routine questioning by customs officers, searches of luggage, frisk or pat searches, and the requirement to remove in private such articles of clothing as will permit investigation of suspicious bodily bulges permitted by the framers of ss. 143 and 144 of the Customs Act, are not unreasonable within the meaning of s. 8. Under the Customs Act searches of the person are not routine but are performed only after customs officers have formed reasonable grounds for supposing that a person has contraband secreted about his or her body. The decision to search is subject to review at the request of the person to be searched. Though in some senses personal searches may be embarrassing, they are conducted in private search rooms by officers of the same sex. In these conditions, requiring a person to remove pieces of clothing until such time as the presence or absence of concealed goods can be ascertained is not so highly invasive of an individual's bodily integrity to be considered unreasonable under s. 8 of the Charter.

I also emphasize that, according to the sections in question: (i) before any person can be searched the officer or person so searching must have reasonable cause to suppose that the person searched has goods subject to entry at the customs, or prohibited goods, secreted about his or her person, and (ii) before any person can be searched, the person may require the officer to take him or her before a police magistrate or justice of the peace or before the collector or chief officer at the port or place who shall, if he or she sees no reasonable cause for search, discharge the person.

*In light of the existing problems in controlling illicit narcotics trafficking and the important government interest in enforcing our customs laws, and in light of the lower expectation of privacy one has at any border crossing, I am of the opinion that ss. 143 and 144 of the Customs Act are not inconsistent with s. 8 of the Charter.*⁴⁴

It is noteworthy for our purposes that the Court mentioned the problems of controlling illicit narcotics trafficking as a factor in determining that the search was reasonable under section 8 of the Charter.

The fact that those travelling through customs have a lower reasonable expectation of privacy does not, however, diminish the obligation on state authorities to adhere to the Charter, even if the grounds prompting the search are reasonable and drugs are found as a result. Before any search, the inspectors must clearly explain to the subject his/her rights under the Charter – especially the prior right to consult a lawyer –

⁴⁴ *Ibid.*, at pages 320-321.

and the right to have the search request reviewed before complying with it, as provided in the *Customs Act*. In *Simmons*, the subject remained ignorant of her legal position because she had not properly been informed of her rights. As a result, the Supreme Court of Canada found that the search was unreasonable; even so, the evidence was not excluded because the customs officers had acted in good faith.

The Supreme Court of Canada has determined that section 98 of the *Customs Act*, authorizing searches for contraband “secreted on or about” the person, applies to contraband that a traveller has ingested. In *R. v. Monney*,⁴⁵ the Court concluded that a customs officer who has reasonable grounds to suspect that contraband has been ingested is authorized by the Act to detain the traveller in a “drug loo facility” until that suspicion can be confirmed or dispelled. Although such action amounts to a search for the purposes of section 8 of the Charter, the Court confirmed that “*the degree of personal privacy reasonably expected at customs is lower than in most other situations*” and that the search in question was “*reasonable for the purposes.*”

The Court did indicate that the different levels of intrusion raise different constitutional issues (for example, by potentially requiring a higher standard than reasonable suspicion). The Court stated: “*the potential degree of state interference with an individual’s bodily integrity for searches in the third category requires a high threshold of constitutional justification.*”⁴⁶

It is clear that the courts apply a lower standard of constitutional protection for searches at the border than elsewhere. As stated in *Monney*, “*decisions of this Court relating to the reasonableness of a search for the purposes of s. 8 in general are not necessarily relevant in assessing the constitutionality of a search conducted by customs officers at Canada’s border.*”⁴⁷

Electronic surveillance

Because of the consensual nature of drug offences, police often resort to special investigative techniques to detect these crimes, including the use of electronic surveillance. The Supreme Court of Canada has stated that electronic surveillance constitutes a search for the purposes of section 8 of the Charter, and its decisions in this area have had a significant impact on the *Criminal Code* provisions dealing with such techniques. Because electronic surveillance is more invasive of privacy than actions under regular search warrants, more procedural safeguards are provided in the legislation. Although surreptitious interception is often used for drug offences, it can also be used for many other serious offences under the *Code* and other federal legislation.⁴⁸ The Solicitor General’s 1998 report entitled *Annual Report on the Use of Electronic Surveillance* states the following with respect to the importance of electronic surveillance as an investigative tool:

⁴⁵ (1999) 133 C.C.C. 129 (S.C.C.).

⁴⁶ *Ibid.*, at page 152.

⁴⁷ *Ibid.*, at page 151.

⁴⁸ See *Criminal Code* section 183.

Electronic surveillance plays a crucial role in the battle against organized crime, especially with respect to the offence of drug trafficking. In curtailing the importation and distribution of illicit drugs in Canada, law enforcement agencies rely heavily upon the interception of private communications. Section III of this report demonstrates that the majority of authorizations granted by the courts allow for the use of electronic surveillance in relation to trafficking in a controlled substance. As in previous years, many of these authorizations were related to criminal conspiracies, crimes which are difficult for the police to detect, investigate and solve.

...The use of electronic surveillance has led to a number of seizures of large quantities of drugs in Canada. These seizures reduce the amount of drugs available in streets and neighbourhoods, and assist in the prevention of crimes associated with drug abuse. Without this crucial tool, the ability of the law enforcement community to prevent crimes and ensuing social harm would be seriously hindered.

Although it is clear that electronic surveillance is an effective investigative tool, it is also clear that it constitutes a dramatic infringement of the right to privacy. The Supreme Court of Canada stated the following:

*The very efficacy of electronic surveillance is such that it has the potential, if left unregulated, to annihilate any expectation that our communications will remain private. A society which exposes us, at the whim of the state, to the risk of having a permanent electronic recording made of our words every time we opened our mouths might be superbly equipped to fight crime, but would be one in which privacy no longer had any meaning. As Douglas J., dissenting in *United States v. White*, supra, put it, at p. 756: "Electronic surveillance is the greatest leveller of human privacy ever known." If the state may arbitrarily record and transmit our private communications, it is no longer possible to strike an appropriate balance between the right of the individual to be left alone and the right of the state to intrude on privacy in the furtherance of its goals, notably the need to investigate and combat crime.*

*This is not to deny that it is of vital importance that law enforcement agencies be able to employ electronic surveillance in their investigation of crime. Electronic surveillance plays an indispensable role in the detection of sophisticated criminal enterprises. Its utility in the investigation of drug related crimes, for example, has been proven time and again. But, for the reasons I have touched on, it is unacceptable in a free society that the agencies of the state be free to use this technology at their sole discretion. The threat this would pose to privacy is wholly unacceptable.*⁴⁹

Because electronic surveillance is more invasive of privacy than are actions permitted under regular search warrants, more procedural safeguards are provided in the legislation. Similar rules apply to video surveillance.

The Supreme Court of Canada decisions rendered on 25 January 1990 in the *Duarte* and *Wiggins* cases had a significant impact on policing methods, particularly undercover investigations involving drug and morality offences. In *Duarte*,⁵⁰ the Court affirmed that electronic surveillance constitutes a search and seizure within the meaning of section 8. This only occurs, however, where a reasonable expectation of privacy

⁴⁹ *R. v. Duarte*, (1990) 53 C.C.C. (3d) 1 (S.C.C.) at page 11.

⁵⁰ (1990) 53 C.C.C. (3d) 1 (S.C.C.).

exists. The Court said that unauthorized electronic surveillance and interception “*of private communications by an instrumentality of the state with the consent of the originator or intended recipient thereof, without prior judicial authorization, does infringe the rights and freedoms guaranteed by section 8.*” Until then, it had been legal for the police to intercept such communications, as long as one of the parties to the conversation consented. It is now necessary for a judge to authorize such interception in the same way as interception of an entirely private conversation (“wiretapping”) where neither party has given prior consent. The Court also required that there be reasonable and probable grounds, established on oath, to believe that there is evidence of an offence in the place to be searched. Suspicion would not satisfy this requirement.

In *Duarte*, the Supreme Court of Canada said that “the primary value served by section 8 is privacy,” which it defined as “*the right of the individual to determine when, how, and to what extent he or she will release personal information.*” Accordingly, “*one can scarcely imagine a state activity more dangerous to individual privacy than electronic surveillance and to which, in consequence, the protection accorded by s. 8 should be more directly aimed.*” The Court took the position that it could no longer allow the police an “unfettered discretion ... to record and transmit our words” without prior judicial authorization because this widespread police practice represented an “*insidious danger*” to the “*very hallmark of a free society,*” namely, the “*freedom not to be compelled to share our confidences with others.*” In *Wiggins*,⁵¹ the use of “body pack” microphones by police was also found to be unconstitutional, for the reasons expressed in *Duarte*. The *Duarte* decision demonstrates that even if conduct is authorized by legislation, this does not mean that it is reasonable under section 8. The *Code* has since been amended to provide for prior authorization of consent interceptions.

With respect to surreptitious interceptions, a judge must ensure that: (1) the best interests of the administration of justice would be served; and (2) other investigative procedures (a) have been tried and have failed; or (b) are unlikely to succeed; or (c) the situation is urgent. In 2000, the Supreme Court of Canada in *R. v. Arango*⁵² interpreted the second requirement set out in the legislation. The Court indicated that the standard for branch (b) was not one of “efficiency” but rather “necessity.” The test is: There must be, practically speaking, no other reasonable alternative method of investigation, in the circumstances of the particular criminal inquiry.

Section 24

Section 24(1) of the Charter provides a course of action for accused persons whose Charter rights have been infringed or denied. Under it, they can apply to a “court of competent jurisdiction” for the “appropriate and just” remedy. Section 24(2) allows a court to exclude evidence obtained in a manner that infringed or denied Charter rights, if admitting it into evidence “*would bring the administration of justice into*

⁵¹ [1990] 1 S.C.R. 30.

⁵² (2000) S.C.C. 65.

disrepute.” The three primary factors to be considered are: (a) does the admission of the evidence affect the fairness of the trial; (b) how serious was the Charter breach; and (c) what would be the effect on the system’s repute of excluding the evidence.

Some have criticized the way these factors are applied to drug-related offences. For example, Don Stuart stated the following:

The impression left by these recent Supreme Court and Ontario Court of Appeal rulings, especially in drug cases, is that these Courts seem generally determined not to exclude real evidence found in violation of section 8. These Courts tend to ratchet up the rhetoric respecting the third Collins factor about the seriousness of the offence and the effect on the repute of the system if the exclusion of reliable evidence were to result in acquittals. If this is the major reason for admitting the evidence, it points to an irony and inconsistency with the Stillman approach, in that the seriousness of the offence and reliability are not relevant factors when evidence is characterized as going to trial fairness. Canadian criminal trials under the Charter are no longer exclusively concerned with determining guilt or innocence and it betrays respect for the Charter to argue a return to the pre-Charter days where police conduct was not a material consideration. Particular abhorrence of drug offences may well have coloured consideration of the second Collins factor so that seriousness of the violation is unduly de-emphasised. The Courts, as guardians of the Charter, should be above the war against drugs. This one category of offences does not require special and reduced Charter standards.⁵³

The decision of whether the evidence should be excluded can be important; if courts are reluctant to exclude evidence, they may be sending conflicting messages to the police. Although their conduct will have been found to breach a person’s Charter rights, there may be little incentive for the police to adhere to the limits imposed by the courts if the evidence is not excluded.

Entrapment and illegal activity

Entrapment and illegal police activity are both based on the doctrine of abuse of process.

Entrapment

In some cases, police forces use informers (including paid informers) or undercover police agents to obtain information about criminal offences. With consensual offences such as those related to drugs, infiltrating a group and acting as a consensual participant is often the only way for the police to obtain evidence of an offence. They are generally there to observe the suspect and, in some instances, may afford the suspect an opportunity to commit an offence. The police must ensure that the actions of the informer or the undercover agent do not go too far. When police actions are excessive, the accused may attempt to rely on the doctrine of entrapment. Although police tactics intended to provide a person with the opportunity to commit

⁵³ Stuart, D. (1999) “The Unfortunate Dilution of Section 8 Protection,” *Queens Law Journal*, Volume 25, Number 1, page 68.

an offence and illegal police activities are not limited to drug offences, it is fair to state that these tactics are probably much more prevalent in investigations of these types of offences.

The leading case in Canada on entrapment is the Supreme Court of Canada's decision in *R. v. Mack*.⁵⁴ Lamer J., as he then was, delivered the unanimous judgement of the Supreme Court of Canada. He explained that entrapment is not a substantive defence (such as necessity or duress) and indicated that the rationale for this defence is not a lack of culpability in the accused (because the essential elements of the offence will generally be present). Rather, the rationale is based on the need for the Court "to preserve the purity of the administration of justice" and to prevent an abuse of the judicial process. Thus, entrapment is based on the common law doctrine of abuse of process. According to Lamer J., entrapment occurs when the conduct of the police exceeds acceptable limits. This is the case in the following circumstances:

- ❖ The authorities provide a person with an opportunity to commit an offence without acting on a reasonable suspicion that this person is already engaged in criminal activity or pursuant to a *bona fide* inquiry; or
- ❖ Having a reasonable suspicion or acting in the course of a *bona fide* inquiry, the police go beyond providing an opportunity and induce the commission of an offence.

To establish entrapment, the accused is required to demonstrate only that one of the two branches of the test has been met. If successful, the remedy is a stay of proceedings.

According to the guidelines set out by the Supreme Court of Canada, the police are required to have a reasonable suspicion that the accused is already engaged in criminal activity, or must be acting pursuant to a *bona fide* inquiry. The rationale for requiring reasonable suspicion is "*because of the risk that the police will attract people who would not otherwise have any involvement in a crime and because it is not a proper use of the police power to simply go out and test the virtue of people on a random basis.*"⁵⁵

In determining whether police conduct goes further than providing an opportunity, a court will assess the following non-exhaustive list of factors:

- ❖ The type of crime being investigated and the availability of other techniques for the police detection of its commission;
- ❖ Whether an average person, with both strengths and weaknesses, in the position of the accused would be induced into the commission of a crime;
- ❖ The persistence and number of attempts made by the police before the accused agreed to commit the offence;

⁵⁴ (1988) 44 C.C.C. (3d) 513 (S.C.C.).

⁵⁵ *Ibid.*, at page 560.

- ❖ The type of inducement used by the police, including deceit, fraud, trickery or reward;
- ❖ The timing of the police conduct, in particular whether the police instigated the offence or become involved in ongoing criminal activity;
- ❖ Whether the police conduct involves an exploitation of human characteristics such as the emotions of compassion, sympathy and friendship;
- ❖ Whether the police appear to have exploited a particular vulnerability of a person such as a mental handicap or a substance addiction;
- ❖ The proportionality between the police involvement, as compared to that of the accused, including an assessment of the degree of harm caused or risked by the police, as compared to the accused, and the commission of any illegal acts by the police themselves;
- ❖ The existence of any threats, implied or express, made to the accused by the police or their agents; and
- ❖ Whether the police conduct is directed at undermining other constitutional values.⁵⁶

The Supreme Court of Canada stated that the claim of entrapment is a very serious allegation against the state, and that the state must be given substantial room to develop techniques which assist in its fight against crime in society. It is only when the police and their agents engage in conduct which offends basic values of the community that the doctrine of entrapment should apply. The Court indicated that a stay should be entered only in the “*clearest of cases*.”⁵⁷

In *Mack*, the Supreme Court of Canada stated that with respect to the crime of drug trafficking, the state must be given substantial leeway. This offence “*is not one which lends itself to the traditional devices of police investigation*.” The Court added that it is a “*crime of enormous social consequence which causes a great deal of harm in society generally*.” The Court concluded “*this factor alone is very critical*.”⁵⁸

Although the Supreme Court of Canada stated in *Mack* that random virtue-testing will not be permitted because there is a risk of attracting innocent individuals into the commission of an offence, it does make an exception to the requirement to have reasonable suspicion with respect to the individual in the case of a *bona fide* investigation related to an area where it is reasonably suspected that criminal activity is taking place.

It is clear that such an exception can apply to known locations of drug trafficking. An example of this can be seen in *R. v. Barnes*.⁵⁹ The accused was charged with a number of offences, including trafficking in cannabis. An undercover police officer had approached the accused and his friend because they generally fitted the description of persons who may possess and sell drugs. After a short conversation, the accused agreed

⁵⁶ *Ibid.*, at page 560.

⁵⁷ *Ibid.*, at page 567.

⁵⁸ *Ibid.*, at page 69.

⁵⁹ (1991) 66 C.C.C. (3d) 1 (S.C.C.).

to sell hashish to the undercover agent. The place where the arrest took place (a six-block pedestrian mall) was a well-known area where trafficking occurred, and the police were conducting what are known as “buy-and-bust” transactions. The accused relied on the defence of entrapment.

The Supreme Court of Canada reiterated the circumstances when entrapment occurs. Because in this case the police did not have reasonable suspicion of the accused’s involvement in unlawful drug-related activity, its conduct would amount to entrapment unless it was part of a *bona fide* inquiry. Thus, although the basic rule is that the police may only present the opportunity to commit an offence to a person for whom they have a reasonable suspicion that they are already engaged in criminal activity, there is an exception where the police conduct is part of a *bona fide* investigation directed in an area where it is reasonably suspected that criminal activity is occurring. If the location is defined with “*sufficient precision*,” the police may present any person associated with the area with the opportunity to commit the particular offence. In these circumstances, the police conduct would not be considered to be random virtue-testing.

In summary, the key issue with respect to entrapment is whether the police had reasonable grounds or suspicions to target an individual or were acting pursuant to a *bona fide* inquiry. In addition, even if the first branch of the test is satisfied, one must consider whether the police conduct went beyond providing an opportunity by determining whether the tactics used by the police were designed to induce an average person into the commission of an offence. It is important to note, however, that with respect to entrapment the “*fact situations can vary enormously, which is why, although the general principles are beginning to emerge, their application is not always easy and can lead to disagreement.*”⁶⁰ The courts have indicated that each case must be determined on its own facts, making it difficult to provide more precise rules regarding police conduct.

Illegal activities

As has been discussed, as criminal offenders become more sophisticated, the police have adopted new investigative tools in an attempt to keep pace (including cases where police officers have breached the law while in the performance of their duties). This occurs in drug investigations, for example, when police conduct buy-and-bust operations and reverse sting operations. The use of illegal police activity to combat crime raises the issue of whether such conduct leads to an abuse of process such that a stay of proceedings will be granted. The Supreme Court of Canada has stated that illegal police activity does not automatically amount to an abuse of process. The legality of police actions is but a factor to be considered, “albeit an important one.” Although the issue of illegal police activity is important, it has less of an impact on the

⁶⁰ Mewett, A.W. and S. Nakatsuru, (2000) *An Introduction to the Criminal Process in Canada*, Fourth Edition, Carswell, page 180.

enforcement of drug legislation. The reason is that the drug legislation provides police immunity for activities such as buy-and-bust operations and reverse sting operations.⁶¹

The leading case with respect to illegal police activities is *R. v. Campbell*.⁶² The police in this case had conducted a reverse sting operation in which undercover officers portrayed themselves as large-scale hashish vendors. The accused argued that the police conduct was illegal because they had committed the offence of trafficking themselves (the CDSA and the exemption it provides for such police conduct having not yet been passed). They added that this amounted to an abuse of process.

According to the Supreme Court of Canada, the police are not immune from criminal liability for acts committed in the course of an investigation, unless this is authorized by legislation. The Court added that the issue should be left to Parliament: *"If some form of public interest immunity is to be extended to the police to assist in the 'war on drugs,' it should be left to Parliament to delineate the nature and scope of the immunity and the circumstances in which it is available..."*⁶³ Where alleged illegal police activity is authorized within the legislative scheme, there is no abuse of process issue. The Supreme Court of Canada added, however, that illegal police activity does not automatically amount to an abuse of process. The legality of police actions is but a factor to be considered, "albeit an important one."

Although this decision may have had a significant impact on general law enforcement in Canada, the impact was less severe in the case of drug enforcement. This is because drug legislation was amended to allow police officers to conduct the type of activities that were at issue in *Campbell*.

The CDSA proscribes various activities such as possession, trafficking and manufacturing of drugs, while allowing various regulatory exceptions, for example the importation by licensed dealers and the sale by pharmacists. The Act also allows for the making of regulations dealing with enforcement matters such as exempting police officers from application of the Act on such terms and conditions as specified in the regulations. In addition, the Act allows for the making of regulations *"that pertain to investigations and other law enforcement activities conducted under this Act by a member of a police force and other persons acting under the direction and control of a member."* Thus, the regulations provide a legal framework for specialized enforcement techniques (including buy-and-bust, and sting operations) and set out the parameters for such activities. The police rely on these regulations for protection against prosecution.

Section 3 of the *Narcotic Control Regulations* authorizes members of police forces to possess narcotics where such *"possession is for the purposes of and in connection with such employment."* In addition, the CDSA (*Police Enforcement*) Regulations exempt police officers from the offences of trafficking, importation or exportation and production. The regulations set out the eligibility requirements for the exemption. Different rules apply

⁶¹ Illegal activities by a police officer also raise the issue of whether the police officer may be liable to prosecution. The issue is beyond the scope of this paper.

⁶² (1999) 133 C.C.C. (3d) 257 (S.C.C.).

⁶³ *Ibid.*, at page 282.

depending on the source of the drugs. At all times, the individual must be an active member of a police force and must be acting in the course of his or her responsibilities for the purposes of the particular investigation.

Thus, special immunity for police officers is set out in the CDSA. Canadian criminal legislation has recently been amended to provide a general exemption from criminal liability for police officers. The legislation provides police with protection from criminal liability for certain otherwise illegal acts committed during the course of a *bona fide* investigation or other law enforcement duties, as long as certain conditions are met.⁶⁴

Conclusion

Clearly, Parliament and the courts have recognized that, as criminals become more sophisticated, the police must be given more sophisticated tools to fight them. In addition, they generally view the illegal drug trade as a serious challenge. Courts often mention the sinister nature of the drug trade and the impact it has on society in rendering their decisions. They may be influenced by these concerns in determining where to draw the line with respect to police conduct. They recognize the difficult job police have and are often willing to grant them “considerable latitude.” An example of this attitude is the following statement by the Supreme Court of Canada with respect to the selling of drugs: *“It is a crime that has devastating individual and social consequences. It is, as well, often and tragically coupled with the use of firearms. This crime is a blight on society and every effort must be undertaken to eradicate it.”*⁶⁵ In another case, the following was stated: *“... this Court must also consider the societal interest in law enforcement, especially with regard to the illicit drug trade. This pernicious scourge in our society permits sophisticated criminals to profit by inflicting suffering on others.”*⁶⁶ However, the police have not been given “carte blanche” to do what they want to solve a crime. Their activities are scrutinized so as to ensure that their conduct does not shock the community and in any way detract from the fairness of an accused’s trial.

STATISTICS

The following sections will review key criminal statistics related to enforcement of illicit drug legislation. This information must be carefully interpreted. It is generally thought that police-reported crime statistics are much more a reflection of police activity than actual societal changes, particularly in the case of consensual type offences.

⁶⁴ SC 2001, Chapter 32.

⁶⁵ R. v. *Silveira*, (1995) 97 C.C.C. (3d) 450 at page 496.

⁶⁶ R. v. *Grant*, (1993) 84 C.C.C. (7d) 173.

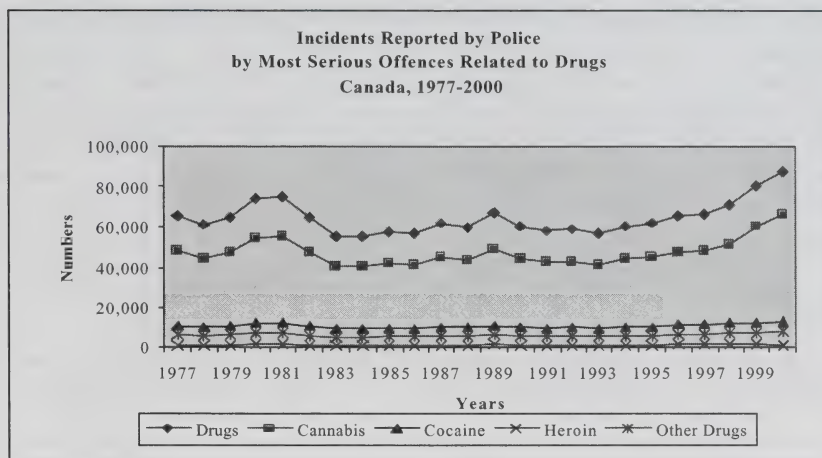
As in many other drug related areas, Canadian statistics are fairly weak—for example, other than fairly basic information, it is very difficult if not impossible to identify some of the essential characteristics of individuals entering the criminal justice system.

*Reported incidents*⁶⁷

Reported incidents are incidents that come to the attention of the police and are captured and forwarded to the Canadian Centre for Justice Statistics according to a nationally approved set of common crime categories and definitions. Thus the actual number of drug offences would be much higher, since it can be assumed that most drug offences do not come to the attention of police. As with other consensual types of offence, it is impossible to determine accurately the amount of illegal activity. In addition, the survey counts only the most serious offence committed in each criminal incident, which consequently underestimates the total number of drug-related incidents, particularly offences with less severe penalties. The number of reported incidents should also not be confused with the number of charges that are laid by the police. Because police have wide discretion in whether to lay a charge, it is clear that the number of charges will be lower than the total reported incidents.

The figure below shows trends in the number of incidents reported by police according to the most serious crime. It reveals that, from 1983 to 1995, incidents related to drug offences were relatively stable, hovering around 60,000 per year. However, from 1995 to 2000, there was an increase of approximately 50%, with the number of reported incidents reaching nearly 88,000. In 2001, the number reached 91,920, an increase of 3.3% in relation to the previous year.

⁶⁷ The Canadian Centre for Justice Statistics warns that crime statistics may be influenced by many factors, including: reporting by the public to the police; reporting by the police to the Canadian Centre for Justice Statistics; the impact of new initiatives such as changes in legislation, police or enforcement practices; and social, economic and demographic changes.



Most of the increase in recent years can be attributed to cannabis-related offences. In 2001, these increased by 5.5% in relation to the previous year. These offences account for the majority of all drug-related offences in Canada. In 2001, cannabis-related offences accounted for 71,624 of reported incidents, **almost 77% of all drug-related incidents**. Of those 71,624 offences, 70% were for possession, 16% for trafficking, 13% for cultivation, and 1% for importation.⁶⁸ This means that **approximately 54% of all reported drug-related offences are for the possession of cannabis**. The following are reported incident rates per 100,000 people for offences related to cannabis, cocaine and all drugs.

Selected drug offences per 100,000, Canada 1994-2001

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Cannabis	138	148	157	160	168	197	215	227.22
- possession	97	103	110	108	115	130	147	
Cocaine	42	38	37	38	40	39	42	39.4
Total all drugs	207	208	217	222	235	263	286	295.7

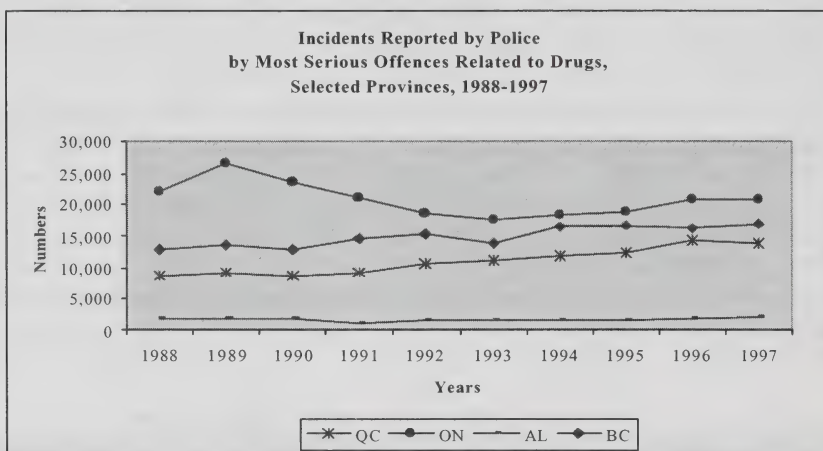
From 1991 to 2001, the percentage change in rate per 100,000 people for cannabis-related offences is +91.5; for cocaine-related offences, -31.5; for heroin-related offences, -36.1; and for other drugs, +15.0. **This means that, based on the**

⁶⁸ Statistics Canada, Canadian Centre for Justice Statistics, *Juristat*, Crime Statistics in Canada - 2001, Catalogue no. 85-002-XIE Vol. 22, no. 6, page 11.

same population, reported cannabis-related offences have almost doubled in the last decade.

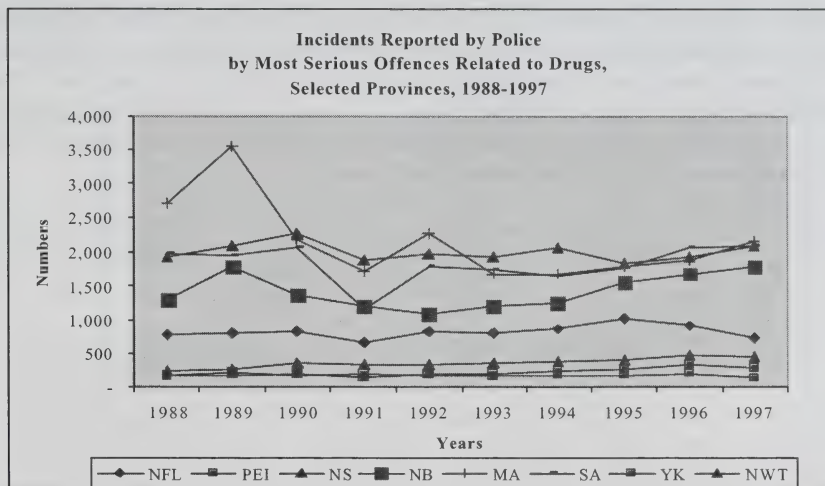
In recent years, the cultivation of cannabis, particularly in British Columbia, has raised concerns. This type of offence has also seen a significant increase over the past decade: from a rate of 7 incidents per 100,000 people in 1990 to 29 in 2001.⁶⁹ A recent report indicates that in British Columbia, the number of growing operations is increasing by an average of 36% per year and average size is increasing at a rate of 40% per year. The report adds that the vast majority of cases coming to the attention of the police in British Columbia do so as a result of public complaints, meaning that the increase in cases is not due to increased proactive police enforcement.⁷⁰

The two figures that follow provide information on the location of reported incidents from 1988 to 1997. Not surprisingly, the most populated provinces are at the top, with Ontario in the lead followed by British Columbia, Quebec and Alberta.



⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ Plecas, D., et. alii., (2002) *Marihuana Growing Operations in British Columbia – An Empirical Survey (1997-2000)*, Department of Criminology and Criminal Justice – University College of the Fraser Valley and International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy.



A better indication of the level of crime in a province, however, is a calculation based on rates per 100,000 population. British Columbia has historically had the highest provincial rate of drug crime in the country.⁷¹ For example, in 2001, the rate was 563.5 incidents per 100,000, almost double the national figure of 295.7. The rates for the other provinces and territories are as follows: Newfoundland and Labrador-173.1; Prince Edward Island-192.0; Nova Scotia-218.3; New Brunswick-346.9; Quebec-262.1; Ontario-256.1; Manitoba-215.9; Saskatchewan-278.4; Alberta-235.3; Yukon - 478.5; Northwest Territories-597.2; and Nunavut-806.1. It is obvious that the level of drug-related crime varies considerably from one province and territory to another.

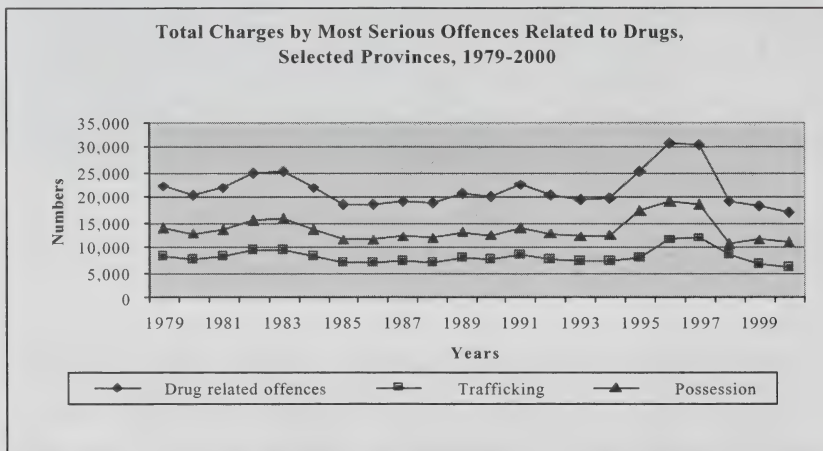
Charges

From the available data presented in the following figure, it would seem that trafficking and possession charges for drug-related offences have declined noticeably since 1997. It should be remembered that the number of reported incidents (discussed previously) is not equivalent to the number of charges that are laid by the police. In some cases, the police will report a drug incident to Statistics Canada but will decide not to charge the offender. The wide discretion given to police can lead to serious concerns regarding the enforcement of the legislation. These concerns are discussed later in this chapter. The reader should be aware that this figure does not include data

⁷¹ It should be noted that in 1997 the rate in both Yukon and Northwest Territories was even higher than in British Columbia.

from three provinces (New Brunswick, Manitoba and British Columbia) and from one territory (Nunavut). In addition, data from certain courts in Quebec are not included.⁷²

Because data from three provinces are not included—in particular, British Columbia—the actual number of drug charges in Canada was actually much higher than the figure suggests. As was previously explained, British Columbia has, in the past, consistently reported the highest rate of drug crime.



Statistics from 1997 show, however, that with respect to charging drug offenders, British Columbia is more lenient than other provinces:

Among provinces and territories, police departments in British Columbia reported the lowest charge rate (47%) for drug offences. Only 35% of cannabis incidents and 36% of “other drug” incidents resulted in charges, compared to 79% and 81% for all the other provinces combined.⁷³

For example, Superintendent Ward Clapham of the Richmond RCMP indicated that, for possession of marijuana under 30 grams, only 40 people were charged out of 700 reported cases in the year 2000; and in 2001, only 30 people were charged out of 605 reported cases. Once again, it is clear that the enforcement of the legislation varies considerably from one area of the country to another.

With respect to cannabis offences in 2001, the male population was much more likely to be charged with an offence. For both youths (12 to 17) and adults, 88% of the

⁷² Also, the data prior to 1995 are based on approximations made from the average distribution of charges during the period covering the years 1995 to 2000.

⁷³ Statistics Canada, Canadian Centre for Justice Statistics, *Juristat*, Illicit Drugs and Crime in Canada, Catalogue no. 85-002-XIE, Vol. 19, No. 1, page 5. In this case, “other drugs” means: 1) illegal drugs other than cannabis, cocaine or heroin, and 2) controlled drugs.

people charged with cannabis offences are male.⁷⁴ In addition, while adults are much more likely to be charged than youths, 18% of cannabis-related charges relate to youths.⁷⁵

While the previous figure seems to indicate that there were fewer than 20,000 drug-related charges in 1999, the Auditor General's 2001 report indicates that during that year, just under 50,000 people were charged with drug offences under the CDSA (in cases where the most serious offence was drug-related). One of the drawbacks of recording offence statistics according to the most serious offence is that this leads to severe underreporting of offences, particularly offences with less severe penalties. In the hierarchy of criminal offences (of which there are 152), marijuana offences are ranked as follows: importation or exportation—44; trafficking of more than 3,000 grams—46; production—52; trafficking of 3,000 grams or less—59; possession of more than 30 grams—120; and possession of 30 grams or less—121.

Of the approximately 50,000 drug-related charges laid in 1999, cannabis was involved in 70% of the charges. **In 43% of the drug-related cases (21,381), the charge was for possession of cannabis.** Overall, 54% of the drug offences were for possession. Since the number of reported incidents has continued to climb, one can only assume that today even more people are being charged with drug offences, particularly cannabis offences.

With over 34,000 charges per year for cannabis-related offences and with over 21,000 charges per year for possession of cannabis, can one conclude that police are actively seeking out cannabis possession offences? After reviewing the evidence, we do not believe this to be the case. Nonetheless, over 21,000 people per year enter the criminal justice system in cases where their most serious offence was that of possession of cannabis. It bears repeating that these statistics are based on the most serious offence in a given incident.

Several reasons were advanced to explain the high number of possession offences. Those enforcing the CDSA stated that they do not actively seek out such offences, but rather they are discovered in the normal course of their duties. This was repeated time and time again. While we do not doubt the sincerity of these statements, in certain cases—as will be discussed below—police tactics can be questioned. In addition, we were told that while the offence of trafficking, if it occurs over a period of time, is recorded as one offence—the continuing offence rule—this rule does not apply to possession offences.

Concerns

While there may be valid reasons for the high incidence of possession charges, many have raised serious concerns with respect to the discretion used by the police in

⁷⁴ Statistics Canada, Canadian Centre for Justice Statistics, *Juristat*, Crime Statistics in Canada - 2001, Catalogue no. 85-002-XIE, Vol. 22, No. 6, page 19.

⁷⁵ *Ibid.*

regard to drug-related possession charges – in particular, cannabis possession cases. As mentioned earlier, the number of reported incidents and the charge rate vary considerably from province to province.

The uneven application of the drug legislation in the various provinces, even within the same province, raises serious concerns. Mr. Kash Heed from the Vancouver Police Department indicated that small-scale possession of any drug in Vancouver is virtually unenforced by the police department unless there are aggravating circumstances. Their focus is on those who profit—traffickers and producers. He added that the number of prosecutions in British Columbia for cannabis possession is quite small in comparison to other provinces. He concluded that total prohibition had “resulted in costly enforcement, alienation of groups of people, discriminatory enforcement, little deterrence in supply, and minimal deterrence of use.” Heed added that, even in British Columbia there are discrepancies—centres outside of Vancouver having higher rates of prosecution for possession of cannabis than does the City of Vancouver.

We have estimated that approximately 2.5 million people in Canada used cannabis in the last year. In 1999, 21,381 people were charged with the possession of cannabis. This means that only 0.85% of cannabis users were actually charged with possession. It is also important to remember that of the number of people who used cannabis in the last year, many would have used it more than once. As a result, the actual chance of being charged for possession of cannabis in relation to the actual number of offences is in all likelihood much lower than 1%. This certainly raises concerns regarding fairness. In addition, both the effectiveness of the legislation and any deterrent effect it may have are seriously in doubt.

So what are the potential consequences of uneven enforcement of the legislation and unfettered discretion as to whether or not to proceed with laying a charge? Marie-Andrée Bertrand, referring to a paper prepared by Nicolas Carrier⁷⁶ stated the following:

A recent qualitative study of members of the Montreal Urban Community Police Department underscores the ambivalence and confusions of frontline police officers and their varied reactions to the “drug problem.” The extent of the problem is perceived quite differently depending on the officers in question and the neighbourhoods they patrol. In the minds of some, particularly in the case of young drug users and “exchangers”, although “the law is the law” and must undoubtedly be enforced, drug possession and use do not really concern the police. The prohibition is simply not enforceable. It is impossible to determine cases of possession in the absence of search and seizure powers, except “on a hunch” or in arresting suspects for other “crimes”. Once possession cases and drug deals in public places are discovered either by accident or in the course of investigating other offences, police officers react in various ways depending on their professional aspirations. Those seeking promotion and specialization (who want to join the drug or victimless crimes squads) pass the information along to the appropriate

⁷⁶ Carrier, N. (2000) *Discours de patrouilleurs montréalais sur la détection de l'infraction de possession de drogues prohibées*. Mémoire de maîtrise. École de criminologie, Université de Montréal.

*divisions. Patrolmen who intend to remain patrolmen close their eyes or question suspects to obtain trafficking information in exchange for promises of immunity, or else take substances abusers to treatment services, call the parents of a minor, etc.*⁷⁷

The uneven application of the legislation is one of our greatest concerns, for a variety of reasons. First, there is the danger that this can lead to discriminatory enforcement, where certain people are more likely to be charged than others because of their personal characteristics. While current national statistics do not allow such an analysis, there is some evidence that the law is applied discriminatorily.

The Carrier paper discussed above was the result of interviews with 21 Montreal area patrol officers. It discusses the difficulties of detecting possession offences due to the lack of a “victim,” the discreteness of the offences and the constitutional limits on unwarranted searches. The paper explains that a police officer’s actions depend on several factors, such as how serious the officer perceives the drug problem to be and what are the officer’s career aspirations—those wanting promotions respond more proactively to drug offences than those wishing to remain as patrol officers, who tend to be more reactive. Police are generally frustrated by the limits imposed on searches.

So how do they go about detecting possession offences? The officers indicated that most possession offences are detected when a person is stopped for another criminal matter—the arrest allowing an officer to conduct a search of the person. On rare occasions, officers detected the offence when a person openly flouted the law.

Of note, officers also indicated that certain people attracted their attention and some indicated that there are “signs” which lead them to believe that people are in possession of illegal substances. With respect to people in cars, the following factors were mentioned: the appearance of passengers in a vehicle; the vehicle’s model and value; the person’s driving habits; and a computer check of the licence plate indicating that the owner had a criminal record. Officers are allowed to stop people to ensure they have the proper documentation, and this may lead to the discovery of an offence that would result in a search. With respect to pedestrians, the following factors were mentioned: the person is known as a drug user; physical appearance; the person’s activities; associating with other “suspects”; and association with dwellings suspected for trafficking. Certain officers indicated that questioning such suspects can lead to an arrest—for example, an outstanding warrant of arrest—and a search. Officers also indicated that on occasion they selectively applied municipal by-laws and other provincial legislation in order to obtain a person’s name, after which the person can be investigated. If a person refuses to give his or her name, the person may be arrested and searched. Officers also indicated they had used techniques to “go fishing.” While the evidence would not be admissible in court, in certain circumstances it allowed the

⁷⁷ Voir aussi la discussion qu’en fait M. Guy Ati-Dion lors de son témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 29 octobre 2001, fascicule 8, pages 73-74.

officer to obtain information from the person in exchange for “not laying a charge,” or allowed the officer to seize the illegal substance.

While this study is of limited scope, it does provide an indication of how police discretion in enforcing drug legislation may lead to discrimination based on factors such as a person’s appearance.

Another concern is the danger of alienating certain groups of society. Those targeted by enforcement may lose respect for police and the criminal justice system in general. Inconsistent legal responses are likely to create an atmosphere that brings the administration of justice into disrepute. As Parliamentarians, we find this unacceptable.

Finally, there is the basic issue of fairness and justice. No one seems able to explain why some people are charged and others are not. It is not surprising that this legislation faces such fierce criticism.

Customs Act - fines

In general, when one thinks of drug enforcement, one thinks of charges laid by police under the CDSA and seizures made by them. Other legislation can be applied in certain circumstances, however. For example, the *Customs Act* allows for the seizure of prohibited goods and also of vehicles used in contravention of that act. In this case, a civil "penalty" may be imposed against the importer, because a Customs officer may return the vehicle to the importer only upon payment of the assessed monetary penalty. The penalty is based on the quantity of drugs found.

REPORT OF THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON ILLEGAL DRUGS : CANNABIS

Amount	Marihuana	Hashish	Hashish oil	Controlled drugs	Hallucinogens	Cocaine Opiates
*\$220	over 8 grams not over 15 grams	over 2 grams not over 4 grams	over 1 gram or less	over 10 pills not over 20 pills	over 1 dosage not over 4 dosages	1 gram or less \$400
\$440	over 15 grams not over 30 grams	over 4 grams not over 8 grams	over 1 gram not over 2 grams	over 20 pills not over 40 pills	over 4 dosages not over 8 dosages	
\$550	over 30 grams not over 60 grams	over 8 grams not over 16 grams	over 2 grams not over 4 grams	over 40 pills not over 60 pills	over 8 dosages not over 12 dosages	
\$660	over 60 grams not over 100 grams	over 16 grams not over 24 grams	over 4 grams not over 6 grams	over 60 pills not over 80 pills	over 12 dosages not over 16 dosages	
\$770	over 100 grams not over 150 grams	over 24 grams not over 32 grams	over 6 grams not over 8 grams	over 80 pills not over 110 pills	over 16 dosages not over 20 dosages	
\$880	over 150 grams not over 200 grams	over 32 grams not over 40 grams	Over 8 grams not over 10 grams	over 110 pills not over 140 pills	over 20 dosages not over 24 dosages	
\$990	over 200 grams not over 250 grams	over 40 grams not over 46 grams	Over 10 grams not over 12 grams	over 140 pills not over 160 pills	over 24 dosages not over 28 dosages	
\$1100	over 250 grams not over 300 grams	over 46 grams not over 56 grams	Over 12 grams not over 14 grams	over 160 pills not over 180 pills	over 28 dosages not over 32 dosages	

For amounts in excess of the above stated sums:

over 300 grams: \$4 for each additional gram	over 56 grams: \$20 for each additional gram	over 14 grams: \$70 for each additional gram	over 180 pills: \$8 for each additional pill	over 32 dosages: \$40 for each additional dosage	over 1 gram: \$400 for each gram
--	--	--	--	--	----------------------------------

The CCRA will also arrest the importer, under the authority of the *Customs Act*, for smuggling goods into Canada, that are prohibited, restricted or controlled by the Act or by any other Act of Parliament (for example, the CDSA). Once the CCRA has seized the drugs and made an arrest, the responsible police force is contacted and will decide whether or not to proceed and lay charges. As will be discussed later, in some cases, the CCRA has entered into Criminal Charge Agreements with police forces. The Crown Attorney will then decide whether or not to prosecute, based on case-by-case specifics.

Under section 6 of the CDSA importing drugs, except as authorized under the regulations, is an offence regardless of quantity. Therefore, in the case of importing, there is no "threshold" in the CDSA below which a lesser sentence or fine can be imposed. However, if the amount imported is of a quantity normal for personal use, rather than resale, the Crown may choose to prosecute for possession rather than importing.

The CCRA in Windsor has a Criminal Charge Agreement with the Windsor RCMP which sets out guidelines for criminal prosecution for border seizures. The amounts are to be used only as a guide, but generally a person will not be charged by the RCMP for importation of less than 50 grams of marijuana, less than 20 grams of

hashish or less than 15 grams of hash oil. In these cases, enforcement will be done under the *Customs Act*. From 1996 to 2001, almost 99% of the 4,055 marijuana seizures in the Southern Ontario region were for less than 50 grams.

SEIZURES

The following table provides information on seizures made by the RCMP, CCRA, Sûreté du Québec, Ontario Provincial Police and the municipal police forces of Montreal, Laval and Toronto.

Drugs Seized in Canada: 1993–2001

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
heroin	153	85	128	83	95	105	88	168	74
cocaine	2,731	7,915	1,544	3,110	2,090	2,604	1,116	1,851	1,783
ecstasy				1,221	10,222	68,496	400,000	2,069,709	1,871,627
marihuana (kg)	7,314	6,472	5,500	17,234	50,624	29,598	23,829	21,703	28,746
marihuana (plants)	238,601	288,578	295,999	675,863	689,239	1,025,808	954,781	1,102,198	1,367,321
hashish	56,721	36,614	21,504	25,155	6,118	15,924	6,477	21,973	6,677
liquid hashish	669	659	663	805	824	852	434	1,240	397

(Weights in kilograms; Ecstasy in dosage units)

According to Professor Steve Pudney, Public Sector Economics Research Centre, Department of Economics, Leicester University, “seizure data provide the most direct information on availability of drugs even though drugs seized are not contributing to the available supply.”⁷⁸ If one looks at RCMP drug seizure trends, however, it becomes obvious that the data must be used cautiously, because the number of interceptions or the amount seized in one year is not necessarily a true indicator of an increase or decrease in the drug situation. Rather, it is an indication of the impact of active and passive policing.

Seizures are likely to be passive in the sense that there is a more or less constant seizure rate achieved by routine monitoring and investigation. The greater the amount of drugs entering the market, the greater the background level of seizures, on a purely statistical basis. Passive seizures are thus a positive

⁷⁸ Appendix B. ‘Referee’s Comments.’ In Bramley-Harker (2001) *Sizing the UK market for illicit drugs*. London: Home Office. RDS Occasional Paper no 74.

*indicator of the size of the market. However, drug policing also has active aspects. Investigations based on criminal intelligence often lead to the closing down of pipelines of supply and the removal of significant quantities of the product from the domestic market. Seizures of this type are negatively related to market size in the sense that a large seizure, rather than being an indicator of supply growth, is a cause of supply contraction. When these two aspects are present, it is difficult to draw any clear conclusion about supply from information on seizures.*⁷⁹

While passive seizures may indeed be a positive indicator of the size of the drug market, one must remember that passive seizures may also be somewhat inaccurate, because Canada's vast borders and coastline make it difficult for Canadian officials to make consistent interceptions and seizures each year. Importers continually find new ways of avoiding authorities by means of different ports of entry, as well as larger, infrequent shipments or vice versa.

Despite these problems with seizure data, the trends indicate that the seizures of cannabis, both in kilos and plants, have seen a fairly significant increase in the last few years, particularly when compared to seizures relating to cocaine and heroin.

What is clear from the seizure data is that police have, in recent years, placed increased emphasis on marijuana cultivation offences. In 1993, police seized fewer than 250,000 marijuana plants, while seizures in 2001 totalled more than 1,350,000 plants. This would seem to suggest an increase in cultivation in Canada and also a shift in police priorities to cultivation offences.

CONCLUSIONS

Conclusions of Chapter 14

- Annual costs for drug enforcement in Canada can be estimated at between \$700 million and \$1 billion.
- Reduced law enforcement activities resulting from amendments to the drug legislation on cannabis could produce either substantial savings or significant reallocations of funds by police forces to other priorities.
- Due to the consensual nature of drug offences, police have been granted substantial enforcement powers and have adopted highly intrusive investigative techniques; these powers are not unlimited, however, and are subject to review by Canadian courts.
- Over 90,000 drug-related incidents are reported annually by police; more than three-quarters of these incidents relate to cannabis and over 50% of all drug-

⁷⁹ *Ibid.*

-
- related incidents involve possession of cannabis.
- From 1991 to 2001, the percentage change in rate per 100,000 people for cannabis-related offences is +91.5—thus, the rate of reported cannabis-related offences has almost doubled in the last decade.
 - Reported incidents related to the cultivation of cannabis have seen a dramatic increase in the last decade.
 - Reported incident rates vary widely from province to province.
 - Cannabis was involved in 70% of the approximately 50,000 charges in 1999. In 43% of cases (21,381), the charge was for possession of cannabis.
 - Charge rates for drug offences vary significantly from province to province.
 - The uneven application of the law is of great concern and may lead to discriminatory enforcement, alienation of certain groups within society, and creation of an atmosphere of disrespect for the law; in general, it raises the issue of fairness and justice.
 - Seizure statistics would seem to confirm an increase in cannabis cultivation in Canada and also a shift in police priorities regarding this offence.
-

CHAPTER 15

THE CRIMINAL JUSTICE SYSTEM

The previous chapter examined how people first come into contact with the criminal justice system through the enforcement of criminal legislation. Several questions remain, however. What happens once a person has been charged with a drug offence? Who is responsible for prosecuting drug cases? What type of punishment do people receive? Who ends up with a criminal record? Have there been any challenges to the constitutional validity of drug legislation? These issues and others related to the criminal justice system are reviewed in this chapter.

PROSECUTION

The Federal Prosecution Service (FPS) is the lead prosecution agency with respect to drug offences in Canada. Its mandate is to prosecute offences in every province and territory under a variety of federal statutes, including the CDSA. Its work consists mostly of drug prosecutions.

Under the CDSA, provinces can exercise jurisdiction to prosecute if a drug proceeding was commenced at the instance of the provincial government. Presently, only two provinces—Quebec, and to a lesser extent New Brunswick—have exercised this jurisdiction. Thus, in Quebec, the FPS prosecutes only offences that have been investigated by the RCMP. In the rest of Canada – apart from New Brunswick – the service prosecutes drug offences that have been investigated by a provincial or municipal police force or the RCMP.

The FPS has 300 full-time in-house lawyers in 13 offices across the country and approximately 750 standing agents from the private sector, who conduct drug prosecutions on behalf of the Attorney General of Canada. Generally, the police investigate an offence and lay a charge, which is followed by a prosecution. In certain provinces – such as British Columbia, Quebec and New Brunswick—the police are required to seek Crown approval before laying a charge.

While complex cases still represent a fairly small percentage of cases prosecuted by the FPS, they are becoming more common and are already very time consuming for prosecutors.

...Most cases are of low or medium complexity; however, the complexity of cases is increasing and complex cases are becoming more common. Currently, it is estimated that complex cases make up 7 percent of the caseload but use 60 percent of prosecutors' time. Complex organized crime cases require the involvement of Justice at an early stage because of the legal issues associated with the collection, organization, and admissibility of evidence.¹

The total cost of drug-related prosecutions conducted by the FPS is approximately \$57 million per year—\$35 million for in-house counsels and \$22 million for standing agents. The FPS estimates that for the year 2000-2001, the cost of prosecuting cannabis possession was approximately \$5 million, or roughly 10% of the total budget of \$57 million.²

COURTS

During our deliberations, we were not given much detail on the costs to the provincial court system of drug-related prosecutions. The 1996 study by CCSA already presented in a previous chapter³ estimated court costs for 1992 at approximately \$60 million. One would assume that, with nearly 50,000 people currently charged per year for drug offences, and with the increased complexity of these cases, court administration costs would be significantly higher than the amount estimated in 1992.

The Auditor General estimated that in 1999 Canadian criminal courts heard 34,000 drug cases that involved more than 400,000 court appearances.⁴ Other court-related costs are the considerable resources spent on legal aid. While we did not receive information on how much of these costs should be allocated to drug-related offences, we do know that in 1996/1997, \$860 million was spent on court administration costs, and that in 1997/1998, \$455 million was spent on legal aid.⁵

Drug treatment courts

Drug courts originated in the USA in the late 1980s as one of the measures in the “war on drugs”. The arrangement essentially involves permitting the judge hearing a

¹ *Report of the Auditor General of Canada to the House of Commons*, 2001, Chapter 11, “Illicit Drugs: The Federal Government’s Role”, page 12.

² Croft Michaelson, Director and Senior General Counsel, Strategic Prosecution Policy Section, Department of Justice, Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, 2001-02, Issue no. 22, page 54.

³ Single, E. et. al., (1996) *op. cit.*

⁴ *Report of the Auditor General of Canada to the House of Commons*, 2001, Chapter 11, “Illicit Drugs: The Federal Government’s Role”, page 4.

⁵ Statistics Canada, Canadian Centre for Justice Statistics, *Juristat*, Justice Spending in Canada, Catalogue no. 85-002-XIE Vol. 19, no. 12, pages 7-9.

case involving narcotics to order treatment measures instead of any other form of sentence. There are now approximately 2,000 drug courts in the USA and they have apparently dealt with about 200,000 individuals. The primary task of these courts is to deal with offenders whose offences did not involve violence and who have a history of drug use (including alcohol). Two approaches are taken: one is applied before sentencing and the other after sentencing. In the former case, the charges are suspended and in the latter case it is the sentence of probation or imprisonment that is suspended. Responses include intensive judicial supervision, long-term clinical treatment, frequent random urine tests, and related services (housing, employment, etc.). Various assessments of the system claim that the benefits include a reduction in drug use and delinquency as well as a reduction in the costs to the criminal justice system (it costs approximately US \$2,000 to deal with a delinquent in the drug court system as compared with between US \$20,000 and \$50,000 for a criminal conviction combined with a prison sentence).⁶

Drug courts have also been established in Australia (1999), Ireland (1998) and England (1998).

The Committee visited Canada's first drug treatment court (DTC) during its travels to Toronto. Established in 1998 as a pilot project with funding support from the National Strategy on Community Safety and Crime Prevention, this initiative brought together many players including Justice Canada, Solicitor General Canada, FPS, the Ontario government, the provincial court, the Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), the Toronto Police Service, the City of Toronto Public Health Department and a range of community-based service organizations. The pilot project is currently funded to December 2004.

A second drug treatment court pilot project was established in Vancouver in December 2001. It also uses an inter-sectoral model and is intended to ensure intensive case management and linking of participants to community resources and skills development programs, as required. While the Toronto DTC uses the Centre for Addiction and Mental Health as its treatment provider, treatment providers in Vancouver tend to be more locally based.

Drug treatment courts are specifically designed to supervise cases of drug-dependent offenders and are based on knowledge that incarceration alone does not lead to a reduction in drug use and related criminal activity. Typically, the criminal justice system does not address substance abuse problems or the root causes of these problems – which may include unemployment, homelessness, physical and sexual child abuse histories, family discord and a range of mental and physical health problems. DTCs are based on research that demonstrates that offenders with substance abuse problems commit fewer crimes when they are enrolled in treatment programs.

⁶ See, *inter alia*, the document prepared by the Canadian Centre on Substance Abuse (2000) *Drug treatment courts: Substance abuse intervention within the justice system*. Ottawa: author.

Another underlying assumption is that through therapeutic jurisprudence approaches such as drug courts, which are intended to provide rehabilitative and reintegration outcomes for drug-addicted offenders, the criminal justice system, in partnership with treatment providers and community services, can act as a change agent in altering the course of the addict's life.⁷

The Toronto DTC provides court-supervised treatment for people who have a dependency on cocaine and/or opiates. Non-violent drug-dependent offenders charged with possession of, or trafficking in, small amounts of crack/cocaine or heroin, or with prostitution-related offences, are eligible for the program. In all cases, the offender is screened and assessed by a treatment provider. Admission is voluntary but must be approved by the Crown. Factors considered include other current criminal charges, the potential for risk to the community and the seriousness and circumstances of the offence. Two tracks have been established. In general, the first track is for those with limited or no criminal record and a charge of simple possession. They are eligible to enter the DTC prior to plea—once the program is completed, the charge is stayed or withdrawn. The second track is for those with more serious criminal records or a trafficking charge. They are required to plead guilty—once phase I of the program is completed, the offender receives a non-custodial sentence and is placed on probation (phase II). Failure to complete phase I results in the offender being expelled and sentenced.

The system is based on close collaboration between the Court and treatment systems. The offenders attend court sessions on a regular basis—the court sits twice a week—where the judge, in consultation with the DTC treatment team, reviews their progress. The DTC team includes the DTC judge, crown prosecutor, duty counsel, a representative of probation services, court staff, community/court liaison staff and treatment staff. Decisions are made regarding future treatment and judicial involvement. Continued compliance is encouraged through a system of graduated incentives and sanctions—this is accomplished by releasing the offender on bail with appropriate conditions that must be satisfied. Relapses are anticipated as part of the recovery process and do not automatically lead to expulsion. Honesty and accountability are important, however. Failure to meet other conditions, such as attendance in court or providing a urine sample, can result in a range of sanctions, including revocation of bail for up to five days.

The offender is involved in a structured outpatient program geared to his or her specific needs. Treatment lasts approximately one year, during which the offender works closely with a case manager. Treatment includes: group and individual counselling, ongoing case management, regular and random drug screening, and addiction medicine services – including methadone maintenance where appropriate. Treatment staff also collaborate closely with community resources and agencies to meet

⁷ Patricia Begin, Director, Research and Evaluation, National Crime Prevention Centre, Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, 2001-02, Issue no. 22, page 57.

the needs of participants. To complete the program, the offender must not have used crack/cocaine and/or heroin for an extended period of time and must also demonstrate a fundamental life-style change involving improved interpersonal skill development, stable and appropriate housing, and educational and vocational success.

The DTC initiative seems very encouraging although it is clear that evaluations will have to be conducted to ensure that these programs are effective. We were told that there are very few existing comprehensive, well-designed evaluations of drug treatment courts but that results of more comprehensive evaluation should be ready in 2002-2003. Problems to date include the following: most of the evaluations or research have taken place within very limited time frames; there has been no significant follow up to look at whether there has been re-use or abuse of drugs and criminal recidivism; and there has been a lack of adequate comparison groups from which to draw conclusions about the impact and effects of the program. Also discussed were differences from American drug courts, where mandatory minimum sentences and harsher penalties in general are a significant incentive for American participants to remain with the program.⁸ Patricia Begin, Director of Research and Evaluation at the National Crime Prevention Centre, provided the following preliminary details of the Toronto DTC:

Briefly, the Toronto evaluation is using a quasi-experimental design. The comparison group is composed of those clients who were assessed as eligible to enter the program and made the decision not to participate in the drug treatment court, but rather go through the traditional criminal justice processing.

Between April 1999, when the evaluation data started to be collected, and October 5, 2001, there were 284 clients involved in the drug treatment court. Eighty-three per cent, or 234, are the experimental group, and 17 per cent constitute the comparison group of 50 clients.

In the experimental group, 16.7 per cent are still in the program; 13.7 or 14 per cent have graduated, which is 32 graduates; and 62 per cent have been expelled. The overall retention is 31 per cent.

One of the things the research has illuminated is that for those drug treatment court clients who make it past the three-month period, the retention rate rises to 50 per cent. The court is attempting, through the data, to better understand the characteristics of those clients who are deemed to be eligible but do not make it, and who are expelled or withdraw in the first three months.

...The evaluation has found that the comparison group is more likely than the experimental group to be younger, unemployed, have an income source from illegal activity, more criminal convictions, have been incarcerated more often and been charged with a new offence since admission to the drug treatment court. In many respects, the comparison group is at much higher risk than the experimental group. Lower reoffending rates for those receiving the drug treatment court program and related services may be related to their level of risk. We would like to explore further whether it is participation in the program, or lower risk and motivation to change one's life that is accounting for these differences.

⁸ *Ibid.*, page 8.

The evaluation data that we have to date has told us the following: The drug treatment court in Toronto is able to engage and retain offenders. Those who stay in the program tend to complete it and graduate, and the limited follow-up data that has been collected so far would indicate that they do have lower recidivism rates and reduced drug use.

There is also a reduction in drug use and criminal activity while offenders are in the program. There tend to be lower re-arrest rates for the experimental group compared with the expelled or the comparison group. One of the evaluation challenges over the next couple of years will be to try to identify a better matched group of offenders in order to define the outcomes, impacts and effects of the drug treatment court experience on some of the key outcome measures, which have to do with drug use, criminal activity, re-insertion in a pro-social way into the community, family stability and things of that nature.⁹

We look forward to the results of more comprehensive evaluations. Of note, the cost of incarceration in Ontario is approximately \$45,000 per year while treatment costs related to drug courts are estimated at \$4,500 per year. Clearly, increased use of DTCs could lead to substantial savings to the criminal justice system while at the same time showing promising results in reducing substance abuse problems.

DISPOSITION AND SENTENCING

While the quality of criminal justice statistics has been discussed in other chapters, the weakness in these numbers is particularly evident with respect to the disposition and sentencing of drug-related offences. This issue was also raised in the Auditor General's report for 2001.

There are weaknesses in some aspects of law enforcement statistics. First, there are no national statistics on illicit drug convictions and sentencing. For example, British Columbia, Manitoba, New Brunswick, and Nunavut do not provide adult criminal court data to Statistics Canada. The use of statistics requires good analysis and interpretation to understand underlying trends and causes. Because Canada does not have national data, it cannot monitor important trends such as sentence lengths, emergence of new drugs, and regional differences...

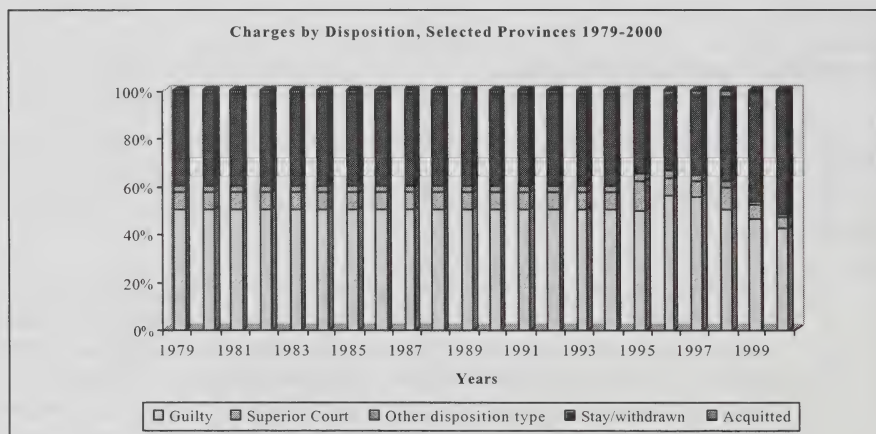
A second weakness is that the statistics on drug convictions and sentencing, which are reported according to the categories under the Controlled Drugs and Substances Act, are limited in detail. While the national statistics on police charges break down the number of drug charges by both type of substance (for example, heroin, cocaine, and cannabis) and act (for example, possession, trafficking, importation, and cultivation), the statistics on convictions are broken down into only two categories - possession and trafficking. The Inter-American Drug Abuse Control Commission's 1999-2000 report on Canada's

⁹ *Ibid.*, pages 58-60.

*progress in drug control stated that improvements were needed in the justice system's statistics on drug offences.*¹⁰

Despite these weaknesses, data relating to the disposition and sentencing of drug-related offences will be reviewed.

The following figure details the outcome of those charged with drug offences in selected provinces. It would appear that, from 1995 to 2000, there was a fairly significant increase in the percentage of cases in which the charges against the accused were either stayed or withdrawn. Not surprisingly, the percentage of people being found guilty of drug offences once they had been charged was lower. It is important to note, however, that this figure does not include data from three of the provinces (New Brunswick, Manitoba and British Columbia) and from one of the Territories (Nunavut); nor does it include data from certain courts in Quebec. Also, the data prior to 1995 are based on approximations of the average distribution of charges during the period covering the years 1995 to 2000.



For the year 1996-1997, 64% of persons convicted of drug trafficking were sentenced to imprisonment. The median sentence was four months. Probation was imposed as the most serious sentence in 24% of these cases and fines, in 9%.¹¹

¹⁰ *Report of the Auditor General of Canada to the House of Commons*, 2001, Chapter 11, "Illicit Drugs: The Federal Government's Role", page 15.

¹¹ *Statistic Canada, Canadian Centre for Justice Statistics, Juristat, Illicit Drugs and Crime in Canada*, February 1999, page 7.

With respect to possession, a fine was imposed in 63% of the cases, with a median amount of \$200. A fine was imposed as the most serious sentence in 55% of cases, probation in 22% and imprisonment in 13%.¹²

We were informed that the FPS is attempting to identify and implement alternatives to prosecution where appropriate. For example, “diversion” – whereby first-time offenders who have been charged with simple possession of cannabis are diverted out of the formal criminal justice system – was mentioned. Also discussed were the drug treatment court pilot projects in Toronto and Vancouver, whereby addicted offenders are referred to a fairly rigorous court-monitored treatment program. In addition, we were told about the recent implementation of the “deferred prosecution pilot project,” in which prosecutors post a peace bond for offenders who have been charged with possession of cannabis in Manitoba. In these cases, the charges would be stayed, and as long as the offender is not back before the court system within a period of one year, the matter would be discontinued. Other “diversion” programs across Canada were mentioned.¹³

While Canada’s disposition and sentencing data are incomplete, a few studies of limited scope suggest what is happening in Canada. A document prepared by the *Comité permanent de lutte à la toxicomanie* reviews police and judicial practices based on Quebec statistics from 1985 to 1998.¹⁴ The report found that practices varied from one region to another in Canada and also from one region to another in Quebec. It notes that while there is a trend towards greater use of diversion in cannabis possession cases, it is far from being a standard practice. Diversion was used more often in the case of minors and, in their case, is on the rise (20.6 % in 1990, 48.2 % in 1995, 55.9 % in 1996 and 63 % in 1997). Once again, this varies considerably from one region to another.

Of those charged with cannabis possession, approximately 80% were adults and mostly male (roughly 90%). The report noted that penalties were not severe, particularly where it involved only one offence. For adults, the majority of the penalties imposed by the courts were fines and probation, and very rarely imprisonment. For minors, the most common penalty was community work or probation; detention was rarely imposed. Data from Montreal in 1998 indicate that incarceration for cannabis possession was less likely (13.8 % of all sentences) than for other substances, and that such penalties were shorter (50% were for 1 day and none was for more than 10 days). In addition, fines were smaller (average fines for cannabis were \$186 while they were \$277 for cocaine).

¹² *Ibid.*

¹³ Croft Michaelson, Director and Senior General Counsel, Strategic Prosecution Policy Section, Department of Justice, Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, 2001-02, Issue no. 22, pages 54-55.

¹⁴ Comité permanent de lutte à la toxicomanie, *La déjudiciarisation de la possession simple de cannabis*, June 1999, pages 11-13.

Patricia Erickson, a researcher from the Centre for Addiction and Mental Health, provided information on cannabis criminals based on three studies conducted in Toronto in 1974, 1981, and 1998. The studies indicate that cannabis criminals were overwhelmingly young men (about 90% were male and more than half were aged 21 years or less). Of the sample group, 80% were employed or in school and about half lived with parents. Most offenders were charged with only one count of simple possession and the amounts involved were small. In over 75% of the cases, charges were based on possession of less than 14 grams of cannabis. Of the whole sample interviewed in 1998, 50% had 1 gram or less of cannabis as the basis for their cannabis possession charges.

With respect to sentencing, in the first two studies, an absolute or conditional discharge was ordered in a large proportion of the cases. In 1998, 43% were diverted and the rest were awaiting disposition. It was indicated that penalties seemed to be given out randomly and that there *“was no correlation between sentence received and the type of person they were, or the case characteristics, charge and amount of drug.”*¹⁵

Also discussed was the issue of deterrence. The first study noted that 92% were still users one year later (in the later studies, about 80% intended to use cannabis or were still using it). In addition, the studies noted that the severity of the penalty was not relevant in deciding whether to use it in the future. The factor that best predicted an end to use after the user was arrested was simply the quantity the offender had used in the past—the less used the more likely the user was to stop. There was also no evidence of general deterrence, although it was indicated that this is much more difficult to measure.

While diversion programs are certainly an improvement on the traditional justice system response, it would seem that these programs are being developed on an ad hoc basis and are not consistently available across the country. Thus, while some offenders may benefit, others are left to face the traditional criminal justice system. In addition, it is not clear whether the admission criteria are similar under the various diversion initiatives. This would suggest an uneven application of the criminal law with respect to offenders who have committed the same offence, with the disposition of a case based not on the offence itself but rather on where it was committed.

CORRECTIONS

¹⁵ Dr. Patricia Erickson, Researcher, Centre for Addiction and Mental Health, Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, 2001, Issue no. 2, page 90.

Correctional Service Canada (CSC) is responsible for offenders serving sentences over two years, including individuals convicted of serious drug offences. CSC estimates that:

- nearly 70% of federal offenders have problems with alcohol and/or drugs;
- more than half used drugs or alcohol when they committed their current offence; and
- approximately 20% of incarcerated offenders have been convicted of drug-related offences.

With such numbers, it is obvious that substance abuse should be a high priority for CSC. This raises two issues: (1) how to address the supply of drugs in federal institutions; and (2) how best to provide treatment and rehabilitation for offenders with substance abuse problems.

With respect to security measures, CSC conducts searches, does urinalyses and works with police to share intelligence about drug issues. In addition, ion scanners have recently been set up in every institution to help detect the introduction of drugs. There are also plans to have a drug detection dog in every institution. Despite all these security measures, it would be difficult for CSC to argue that it is successfully keeping psychoactive substances out of prisons. The national results from a random urinalysis sample program in 2000-2001 found that 12% of samples tested positive for at least one intoxicant.¹⁶ In addition, a recent study in Quebec penitentiaries shows that 29% of inmates admit to illicit drug use, the majority of them taking cannabis.

*Imprisonment does not necessarily address the problem. A study that we conducted recently in Canadian penitentiaries in Quebec showed that inmates are taking drugs there too. We asked inmates to tell us about their drug use habits over the past three months of imprisonment. All the inmates were men. Sixteen per cent of them told us that they had consumed alcohol, whereas 29 per cent said that they had taken illicit drugs. In the majority of cases, these inmates were taking cannabis, whereas on the outside, the same inmates used to take cocaine. This is a significant change. Why were these people consuming cannabis, which is more readily detectable by its smell and by the traces it leaves in urine? Cannabis is detectable for 15 days after it was consumed, whereas cocaine can only be detected for 48 hours afterwards. Inmates want to escape. Cocaine is a stimulant which brings the inmate back to reality and this is not the desired effect. These people want to escape. Tranquillizing substances are the favourite. Sometimes they take benzodiazepine. However, they are easily able to get their hands on cannabis.*¹⁷

CSC provides substance abuse and treatment programs to offenders with drug problems. A range of programs is available to help offenders break the cycle of

¹⁶ Paul E. Kennedy, Senior Assistant Deputy Solicitor General, Policing and Security Branch, Department of the Solicitor General, Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, 2001-02, Issue no. 22, page 10.

¹⁷ Serge Brochu, Professor, University of Montréal, Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, 2001, Issue no. 12, pages 23-24.

addiction and safely reintegrate back into the community. Programs include the Offender Substance Abuse Prevention Program, the CHOICES Program and the Substance Abuse Program for Long-Term Offenders. CSC has also introduced Intensive Support Units, which include added searching and testing to support offender efforts to change substance abuse behaviour. The Auditor General estimates that 53% of offenders participate in substance abuse programs while serving their sentences.¹⁸

With respect to harm reduction, CSC provides methadone treatment to some opiate-addicted injection drug users and also makes bleach available in prisons to sterilize needles. CSC also has other initiatives to prevent the spread of infectious diseases, such as immunization for Hepatitis B. In early 2002, CSC announced an expanded methadone treatment program for federal prisoners addicted to heroin and other opiates.

CSC's Addictions Research Centre (ARC) opened in Montague, Prince Edward Island, in May 2001. The mandate of the ARC is to conduct applied research to assist the CSC in understanding issues surrounding substance abuse and to develop programs that assist offenders in breaking their drug dependency. It is the only research centre established by a correctional organization to specifically address the challenges of addictions. With a staff of 20, it currently focuses on four areas: program development – which is currently focused on culturally sensitive programs for women and Aboriginal offenders; program research – in areas such as community intervention, methadone maintenance, intensive support units and fetal alcohol syndrome; assessment and monitoring – to measure trends over time to evaluate the success of interventions; and knowledge dissemination.

Obviously, CSC's largest cost is related to incarceration. The Auditor General estimated that in 1999, CSC spent \$169 million to deal with illicit drugs: \$154 million to deal with offenders serving sentences in whole or in part for drug-related offences; \$8 million on substance abuse programs (including alcohol); \$4 million for treatment programs (e.g., methadone); \$3 million on urinalysis testing. The cost of other security measures to control supply in institutions were unknown.¹⁹ Of the current population of approximately 13,000 federal inmates, roughly 7,000 participate in substance abuse programs while serving their sentences. About \$1,150 is spent per participating offender on substance abuse programs.

As of 31 December 2000, 5,779 convicted drug offenders were under federal jurisdiction (either serving their sentence: (1) in a federal institution or (2) on conditional release). Of these, 3,890 were serving sentences for trafficking, 621 for

¹⁸ *Report of the Auditor General of Canada to the House of Commons*, 2001, Chapter 11, "Illicit Drugs: The Federal Government's Role", page 13.

¹⁹ *Report of the Auditor General of Canada to the House of Commons*, 2001, Chapter 11, "Illicit Drugs: The Federal Government's Role", page 16.

importation, 225 for cultivation and 2,221 for possession.²⁰ Inmates serving in federal institutions are those who have been sentenced to imprisonment for two years or more.

Of those same 5,779 convicted drug offenders serving their sentences as of 31 December 2000, 2,548 were in federal correctional institutions: 1,613 for trafficking, 113 for importation, 82 for cultivation and 1,318 for possession.²¹ In addition, 3,231 were on conditional release: 2,312 for trafficking, 508 for importation, 145 for cultivation and 946 for possession.²²

In the five-year period from 1995 to 2000, the total federal drug offender population increased by almost 9%. Most of the growth involved those on conditional release, as this population increased by 19% over this period. At the same time, the number of those serving their sentence in institutions decreased by 2%.²³

At the end of 2000, the average time served by drug offenders in federal custody was 2.2 years. With respect to conditional release, the average time served was 3.7 years. While this figure is lower than the average for non-drug offences, it is interesting to note that the average time served in custody for possession offences was 2.52 years, while it was 1.89 years for trafficking, 1.48 years for importation and 0.88 years for cultivation. For those on conditional release, the average time served for importation was 4.6 years, while it was 3.6 years for possession, 3.5 years for trafficking and 2.2 years for cultivation.²⁴ CSC indicated the reason that offenders appeared to be serving longer sentences for possession offences than for other drug-related offences such as trafficking is that they may also be serving time for other more serious offences, a situation making comparisons extremely difficult.

The following figure provides details of the number of admissions by region in federal correctional institutions in relation to drug offences for the year 2000, and the number of inmates incarcerated in different regions of the country as of 31 December 2000.

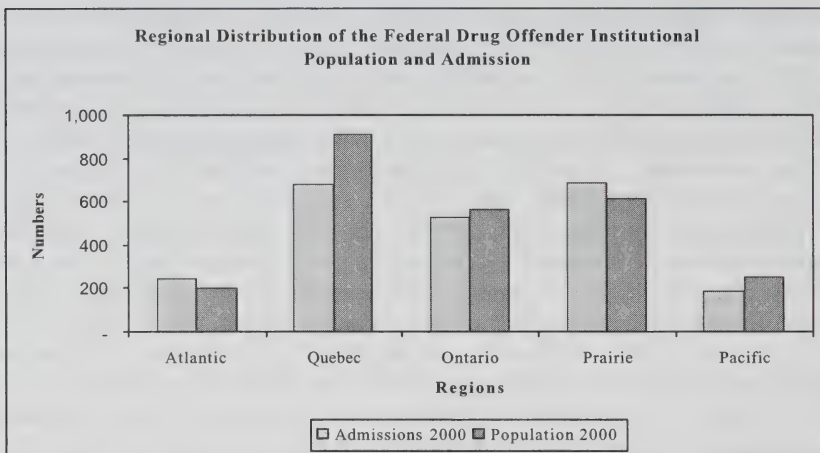
²⁰ Correctional Service Canada, *Forum on Corrections Research*, Volume 13, no. 3, September 2001, page 25. Please note that possession for the purpose of trafficking is included in the trafficking numbers.

²¹ *Ibid.* It should be noted that some offenders might be represented in more than one drug offence category.

²² *Ibid.* It should be noted that some offenders might be represented in more than one drug offence category.

²³ *Ibid.*

²⁴ Correctional Service Canada, *Forum on Corrections Research*, Profiling the drug offender populations in Canadian federal corrections, September 2001, Volume 13, Number 3, page 26.



CRIMINAL RECORD

So what are the consequences of a criminal conviction? There are pre-disposition costs related to the criminal justice system such as legal fees, time off from work, etc. Often, the liberty of the offender is compromised by virtue of having to go to the police station. There are also the emotional costs of worrying about having been charged with a criminal offence. Even if the charge is later withdrawn, offenders have experienced costs.²⁵

Sanctions imposed in court are another obvious cost to the offender. They could include probation, a fine or some other sentence. Finally, there are also post-conviction costs. For example, a criminal conviction can have a negative impact on a person's employment opportunities and can be an impediment to travel to other countries. The general stigma of criminalization affects all offenders. Those offenders receiving harsher sentences generally feel unfairly treated, a feeling that can lead to a lack of respect for the administration of justice.²⁶

²⁵ Dr. Patricia Erickson, Researcher, Centre for Addiction and Mental Health, Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, 2001, Issue no. 2, pages 82-90.

²⁶ *Ibid.*,

Allan Young made the following statement

I get two to three calls a week from otherwise law-abiding citizens who are pot smokers who have been fired from their jobs or have been denied entry into the United States or access to their children or government employment. These people have been treated like common criminals. This is the biggest problem with the marijuana prohibition: If you treat someone who is otherwise law-abiding as a common criminal, they will start to disrespect people like Chief Fantino and the other people who really do try to serve and protect our interests.²⁷

With respect to the costs of cannabis prohibition, Dr. Patricia Erickson indicated that we do have choices.

It is evident in U.S. drug policy that, the people for whom drug use is a moral issue, the cost is unimportant. The costs are irrelevant to them. What is relevant is making sure that the use of drugs is seen as wrong. In Canada, however, we have always been more balanced and more evidence-based. That is a good distinction from the U.S. Canadians are at least able to measure and discuss the costs of policy and consider alternatives. We are not willing to pay any price.²⁸

A criminal conviction can also be an important factor in future dealings with the criminal justice system. For example, a person's prior conviction: may influence a police officer to lay a charge in cases where he or she might otherwise have used their discretion not to lay a charge; may influence a crown prosecutor to proceed by indictment rather than by summary conviction; may be used in limited circumstances in subsequent criminal proceedings; and may lead a judge to impose a more severe sentence. These are not trivial matters for those who have been convicted of a drug-related offence—in particular, the offence of possession of cannabis.

What happens in the case of a conditional or an absolute discharge? Section 730 of the *Criminal Code* indicates that such a person is deemed not to have been convicted of the offence. However, such a person would in likelihood have to answer yes if he or she were asked whether they had ever been arrested for, found guilty of, or pleaded guilty to a criminal offence.

A conviction does not necessarily mean that a person has a “criminal record,” that is, a record in the Canadian Police Information Centre (CPIC) System. This computerized information system for law enforcement use provides information on crimes and criminals. The Identification Data Bank—one of four CPIC data banks—contains the Criminal Record Synopsis File in which records are entered based on information contained on criminal fingerprint forms. This file contains tombstone data respecting the file—such as status of the record, subject description, subject history

²⁷ Alan Young, Associate Professor, Osgoode Hall Law School, Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, 2001, Issue no. 5, page 27.

²⁸ Dr. Patricia Erickson, Researcher, Centre for Addiction and Mental Health, Proceedings of the Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, Thirty-seventh Parliament, 2001, Issue no. 2, page 99.

(record, offence type) and subject aliases – and the complete Criminal Record is available to all CPIC terminal agencies upon request.

In the case of adult offenders, the Criminal Record file will be destroyed the earlier of either three years after their death and the date the individual reaches 80 years of age (although this will not apply in certain circumstances, such as where the individual has been charged with an offence within the previous 10 years). Absolute and conditional discharges will be removed to an archive as follows: absolute discharge on or after 24 July 1992 upon the expiration of one year from the date of sentencing (it is archived for five years and then destroyed); and conditional discharge on or after 24 July 1992 upon the expiration of three years from the date of sentencing (it is archived for five years and then destroyed). Discharges prior to 24 July 1992 will be destroyed on written request. Where a pardon is granted, the information about this offence is removed from CPIC to secured storage, separate and apart from all other criminal records (it is destroyed following the guidelines set out above for regular criminal record files). In the case of a charge not resulting in a conviction, the accused may make a request to the police agency that handled the case to have the information removed from local police files and RCMP records. The RCMP will return a person's fingerprints and remove the offence information from CPIC, only on the request of the police agency that handled the case. Special rules apply to young offenders.

As explained previously, even though a person does not have a “criminal record,” it does not mean that the person has not been convicted of a criminal offence. While the presence of a criminal record is more likely to lead to negative consequences for the individual, many of the issues raised above also apply to those who have been convicted of a criminal offence but who do not have a “criminal record.” Depending on the circumstances and on the way the question is formulated, the lack of a criminal record is irrelevant.

Because the offence of possession of less than 30 grams of marijuana is currently a summary conviction offence, a person should not be fingerprinted following arrest. Because fingerprints are the basis for a “criminal record,” no such record will be entered in CPIC based only on this offence. However, before 1996, people had a criminal record, and it has been indicated that by the early 1990s, over 500,000 Canadians had a criminal record for cannabis possession.²⁹

Because of the complexity of this issue, one wonders whether people who have been convicted of an offence, notwithstanding the sentence imposed or whether they have received a pardon, know their legal rights. For example, most people would probably have difficulty answering certain criminal-related questions found on employment application forms.

²⁹ Patricia Erickson and Benedikt Fisher, Canadian Cannabis Policy: The Impact of Criminalization, the Current Reality and Future Police Option, paper presented at the International Symposium on Cannabis Policy, Criminal Law and Human Rights, Bremen, Germany, October 5-7, 1995.

COURT CHALLENGES³⁰

Not surprisingly, the cases that have challenged the substantive validity of drug prohibition laws under the Charter have so far specifically dealt with marijuana, rather than with harder drugs, such as cocaine and heroin. Cases dealing with the right to use cannabis for medical purposes have been discussed in Chapter 13. This section will review cases where a right to non-therapeutic (or recreational) drug use is claimed. Although the medical cases have met with greater success, Charter challenges to marijuana prohibition by recreational users have been taken more seriously by the courts than they were a few years ago.

So far, Canada's legislative prohibition on marijuana – as it relates to non-therapeutic use – has been consistently upheld by the courts. However, the court's reasons have become more elaborate and more extensive in recent cases than in earlier cases. Undoubtedly, this reflects, at least in part, a change in judicial perceptions of the scope of section 7 of the Charter.

No cases could be found which dealt with challenges to the ban on marijuana or other drugs under the *Canadian Bill of Rights*. Undoubtedly, this can at least in part be explained by the courts' approach to the Bill of Rights generally, and to the "due process" clause specifically. The courts took a rather cautious approach to applying the Bill of Rights which, being an ordinary statute, was not taken to "reflect a clear constitutional mandate to make judicial decisions having the effect of limiting or qualifying the traditional sovereignty of Parliament."³¹ Moreover, the prevailing view of the "due process of law" standard was that it was restricted to procedural fairness, and the "liberty" interest was undoubtedly assumed to refer only to freedom from physical restraint.

The earliest case concerning a Charter challenge to the offence of possession of an illegal narcotic—in this case, marijuana—was the Quebec Superior Court judgement in *R. v. LePage* (8 May 1989, unreported).³² However, this case was unreported and a copy of the decision could not be found, so the reasons for the decision, including the provisions of the Charter under which the decision was made, are not available.

The British Columbia Supreme Court decision of *R. v. Cholette* (1993)³³ was the first case located that dealt squarely with a section 7 challenge to the ban on the use of marijuana. In this case, the accused claimed that the ban violated his right to security of the person under section 7. The accused cited the benefits which he derived from using marijuana and questioned the motivation of the government's original decision to ban

³⁰ This section relies to a great extent on *Drug Prohibition and the Constitution*, a paper prepared for the Special Senate Committee on Illegal Drugs by David Goetz, Law and Government Division, Parliamentary Research Branch, Library of Parliament, 1 March 2001.

³¹ *R. v. Therens*, [1985] 1 S.C.R. 613, at page 639, per Le Dain J.

³² Bruce A. MacFarlane, Robert J. Frater and Chantal Proulx, *Drug Offences in Canada*, Aurora, Ont.: Canada Law Book, 1996 (rev. November 2000) (loose-leaf), pages 4-27.

³³ [1993] B.C.J. No. 2616.

marijuana in 1923 (on the basis that it reflected anti-Asian bias and stereotyping), and its continued retention of the ban, on the grounds that there is no evidence of any significant harmful effect to society. Justice Dorgan rejected the accused's argument and concluded that the accused had failed to demonstrate that the ban on marijuana "interferes in any real way with the right of access to medical treatment for a condition representing a danger to the life or health of the accused..."³⁴

Four months after the *Cholette* case, similar arguments were being weighed by the Quebec Court of Appeal in *R. v. Hamon* (1993).³⁵ This time, the accused relied on the broader conception of the liberty interest advanced by Wilson J. in *Morgentaler* arguing that the decision to use marijuana was a fundamental personal decision. He further claimed that, as marijuana is not really harmful to society – or, at least, no more harmful than tobacco or alcohol – the ban is arbitrary and irrational, and thus contrary to the principles of fundamental justice. Justice Beauregard, for the court, was prepared to assume that an arbitrary criminal prohibition would be contrary to the principles of fundamental justice.³⁶ However, the Court concluded that the ban was not arbitrary and accepted the expert evidence adduced by the government to the effect that cannabis use did have harmful effects on individual users and society.³⁷ Moreover, the court rejected the suggestion that there was anything unjust in the government's decision to treat cannabis differently from tobacco or alcohol.³⁸ Leave to appeal this decision to the Supreme Court of Canada was refused.

In the 1997 case of *R. v. Hunter*,³⁹ Justice Drake of the British Columbia Supreme Court addressed a challenge to the prohibitions on marijuana and psilocybin under various Charter provisions. With respect to the accused's arguments that the prohibitions violated his section 7 liberty and security of the person interests, Justice Drake summarily dismissed them, stating simply that "*the two statutes contain reasonable prohibitions against certain conduct, and these are not unduly broad in their application*" and referring with approval to the Quebec Court of Appeal decision in *Hamon*.⁴⁰

In the preceding cases involving challenges to the ban on marijuana (and psilocybin, in the case of *Hunter*) under section 7 of the Charter, the courts dismissed the arguments with little detailed reasoning. However, in two provincial courts of appeal decisions released in 2000, similar arguments were the subject of more extensive analysis.

The first of these two cases was *R. v. Malmo-Levine* (and its companion case of *Regina v. Caine*),⁴¹ a decision of the British Columbia Court of Appeal released on

³⁴ *Ibid.*, at para. 9.

³⁵ 20 C.R.R. (2d) 181, [1993] A.Q. no. 1656.

³⁶ *Ibid.*, at p. 183 C.R.R. and para. 14, [1993] A.Q.

³⁷ *Ibid.*, at p. 183-84 C.R.R. and paras. 17-20, [1993] A.Q.

³⁸ *Ibid.*, at p. 185 C.R.R. and paras. 22-26, [1993] A.Q.

³⁹ [1997] B.C.J. No. 1315.

⁴⁰ *Ibid.*, at para. 15.

⁴¹ [2000] B.C.J. No. 1095.

2 June 2000. In this case, a majority of the court upheld the criminal prohibition on simple possession of marijuana as being in conformity with section 7 of the Charter.

First, the Court decided that the accused's section 7 liberty interest was engaged by the fact that the penalty for the offence provided for possible imprisonment; and that it was therefore unnecessary to decide whether personal recreational use of marijuana was independently protected as an element of "liberty."⁴²

Justice Braidwood, for the majority, then turned to the task of identifying and defining the principles of fundamental justice applicable in the case. After considering relevant common law and constitutional jurisprudence, scholarly legal and philosophical writings (in particular, those of John Stuart Mill), and law reform commission reports, the Court accepted the accused's argument that the principles of fundamental justice as set out in section 7 of the Charter include a precept referred to as the "harm principle," pursuant to which a person ought not to be imprisoned unless there is a potential that his or her activities will otherwise cause harm to others.⁴³ Moreover, this principle requires that the degree of harm involved "must be neither insignificant nor trivial."⁴⁴

Recognition of the "harm principle" as a principle of fundamental justice is consistent with the assumption made by the Quebec Court of Appeal in *Hamon*, that a prohibition that was arbitrary and irrational would be contrary to section 7 of the Charter.

As in *Hamon*, the majority of the Court in *Malmo-Levine* found that the prohibition was not arbitrary. Justice Braidwood, for the majority of the Court, held that the criminal prohibition on possession of marijuana satisfied the harm principle. The majority concluded that Parliament had a "reasonable basis" to ban marijuana based on the following findings concerning the health risks associated with its use:

- ❖ Impairment of ability to drive, fly, or operate complex machinery—in this regard, users represent a risk of harm to others in society as well as to themselves (however, the number of accidents attributable to marijuana use cannot be said to be significant).
- ❖ Risk that the person will become a "chronic" user. Approximately 5% of marijuana users are chronic users; and it is impossible to tell in advance who is likely to become a chronic user. There is a risk that marijuana use, and with it the total number of chronic users, would increase if it were legalized.
- ❖ Increased health risks to "vulnerable persons" such as young adolescents.
- ❖ Risk of added costs to the health care and welfare system with increased use of marijuana (although, at current rates of use, such costs would be "negligible" compared with those associated with tobacco or alcohol use).⁴⁵

⁴² *Ibid.*, at para. 69.

⁴³ *Ibid.*, para. 134.

⁴⁴ *Ibid.*, para. 138.

⁴⁵ *Ibid.*, para. 142.

Justice Braidwood then proceeded to weigh the interests of the state versus the rights of the individual, as prescribed by the Supreme Court of Canada in *Cunningham*, to determine if the criminal prohibition on marijuana possession struck “the right balance” between the individual and society. On the side of the individual, the Court weighed the deleterious effects on the individual and his or her family of imprisonment, and of having a criminal record. The Court also noted the disrespect and distrust for the drug laws fostered by the prohibition on marijuana possession. With respect to the state interest in retaining the ban on marijuana possession, the Court weighed the fact that it serves to minimize the harm to potential users and to society associated with cannabis use which, “however small, ... is neither insignificant nor trivial.”⁴⁶ The Court also noted that, in practice, a person convicted of simple possession of marijuana can likely expect a minor fine or a discharge, unless the person is a repeat offender.⁴⁷ Nonetheless, the Court observed, the threat of imprisonment remains and, in any event, “every year thousands of Canadians are branded with criminal records for a ‘remarkably benign activity.’”⁴⁸

In the end, Justice Braidwood observed that the result of the balancing of interests was “quite close,” and that “there is no clear winner.”⁴⁹ However, he noted that Parliament is owed some deference in matters of public policy and returned to his conclusion that, although the threat posed by marijuana was not large, it did not need to be for Parliament to act.⁵⁰ The principles of fundamental justice demand only a “reasoned apprehension of harm.”⁵¹ As this had been demonstrated, the majority dismissed the accused’s section 7 challenge to the prohibition on marijuana possession.

In a dissenting opinion, Justice Prowse, while agreeing with much of Justice Braidwood’s analysis, found that section 7 and the harm principle required a greater degree of harm to justify a criminal prohibition than merely non-trivial or not insignificant. Because the accused was able to demonstrate the absence of evidence indicating a reasonable apprehension of “serious, substantial or significant” harm, Justice Prowse would have ruled that the criminal prohibition on simple possession violated section 7 of the Charter.⁵²

The Ontario Court of Appeal decision in *R. v. Clay*,⁵³ released on 31 July 2000, dealt with almost the same issues and arguments as those in *Malmo-Levine*. Moreover, a unanimous panel of the Ontario Court of Appeal reached the same conclusion as the majority in the British Columbia Court of Appeal judgement released the previous month.

⁴⁶ *Ibid.*, at para. 150.

⁴⁷ *Ibid.*, at para. 153.

⁴⁸ *Ibid.*, at para. 155.

⁴⁹ *Ibid.*, at paras. 155 and 156.

⁵⁰ *Ibid.*, at paras. 156 and 158.

⁵¹ *Ibid.*, at para. 158.

⁵² *Ibid.*, at paras. 165 and 167-86.

⁵³ (2000), 49 O.R. (3d) 577.

In *Clay*, Justice Rosenberg, for the court, accepted the “harm principle” elucidated by Justice Braidwood in *Malmo-Levine*.⁵⁴ Justice Rosenberg noted, among other things, that the notion of a “harm principle” encompassed by section 7 would be consistent with Justice Sopinka’s statement in *Rodriguez* that where the “*deprivation of the right in question does little or nothing to enhance the state’s interest (whatever it may be), it seems ... that a breach of fundamental justice will be made out, as the individual’s rights will have been deprived for no valid purpose.*”⁵⁵

Moreover, in applying the “harm principle” to the criminal prohibition on marijuana possession, the Court came to the same conclusion as the majority in *Malmo-Levine*: Because there is some evidence of harm caused by marijuana use that is neither trivial nor insignificant, Parliament has a rational basis to act as it has done and the marijuana prohibition is therefore consistent with the principles of fundamental justice in section 7.⁵⁶

Justice Rosenberg, for the Court in *Clay*, noted that while the original basis for extending the ban on narcotics to include marijuana may have involved “racism” as well as “irrational, unproven and unfounded fears,” the valid objective of protecting Canadians from harm has remained constant.⁵⁷ The Court also rejected the relevance (for the purposes of constitutional analysis) of arguments and evidence showing that other legal substances, such as alcohol and tobacco, cause greater harm than marijuana: “[t]he fact that Parliament has been unable or unwilling to prohibit the use of other more dangerous substances does not preclude its intervention with respect to marijuana, provided Parliament had a rational basis for doing so.”⁵⁸ The Court concluded that it did and upheld the prohibition on marijuana possession, except as it related to persons who need it for medical reasons (which was dealt with by the Court in the companion case of *R. v. Parker*—discussed below).⁵⁹

As in *Malmo-Levine*, the Court in *Clay* found that section 7 of the Charter was triggered by the possibility of imprisonment, which implicated the accused’s liberty interest. However, the Court in *Clay* went further and addressed the argument that personal use of marijuana *per se* was protected as an aspect of liberty and/or security of the person based on the expanded conception of these interests recognized by Justices of the Supreme Court of Canada in decisions such as: *B. (R.) v. Children’s Aid Society of Metropolitan Toronto*; *New Brunswick (Minister of Health and Community Services) v. G. (J.)*; and *Rodriguez* (all discussed above). The Court concluded that personal marijuana use (apart from its genuine medicinal use) did not engage the “wider aspect of liberty” which protected the freedom to make decisions of “fundamental personal importance.”⁶⁰ Nor did it fall within the sphere of personal autonomy, which encompassed the right to “make

⁵⁴ *Ibid.*, at paras. 28-31.

⁵⁵ *Ibid.*, at para. 31.

⁵⁶ *Ibid.*, at paras. 34 and 37.

⁵⁷ *Ibid.*, at para. 34.

⁵⁸ *Ibid.*, at para. 36.

⁵⁹ *Ibid.*, at paras. 37 and 38.

⁶⁰ *Ibid.*, at para. 13.

choices concerning one's own body" and a right to "basic human dignity" as aspects of security of the person.⁶¹

The *Malmo-Levine*, *Caine* and *Clay* cases are currently before the Supreme Court of Canada. The cases will revolve around whether section 7 of the Charter contains the "harm principle" and the associated question of what is the appropriate threshold of harm: is it enough that the harm is "neither insignificant nor trivial" or must there be reasonable apprehension of serious, substantial or significant harm?

CONCLUSIONS

Conclusions of Chapter 15

- The cost of prosecuting drug offences in 2000-2001 was \$57 million with approximately \$5 million or roughly 10% of the total budget relating to prosecuting cannabis possession offences.
- In 1999, it is estimated Canadian criminal courts heard 34,000 drug cases that involved more than 400,000 court appearances.
- The Drug Treatment Court initiatives seem very encouraging, although comprehensive evaluations are needed to ensure these programs are effective.
- Disposition and sentencing data with respect to drug-related offences are incomplete and there is an urgent need to correct this situation.
- Correctional Service Canada spends an estimated \$169 million annually to address illicit drugs through incarceration, substance abuse programs, treatment programs and security measures; expenditures on substance abuse programs are unreasonably low, given the number of inmates who have substance-abuse dependence problems.
- A criminal conviction can negatively affect a person's financial situation and his or her career opportunities, and restrict travel. In addition, it can be an important factor in future dealings with the criminal justice system.
- Provincial courts of appeal have so far maintained the constitutionality of cannabis prohibition. They have found that because there is some evidence of harm caused by marijuana use that is neither trivial nor insignificant, Parliament has a rational basis to

⁶¹ *Ibid.*, at paras. 14-18.

act as it has done, and the marijuana prohibition is therefore consistent with the principles of fundamental justice in section 7 of the Charter. These decisions have been appealed, and the Supreme Court of Canada will soon decide whether cannabis prohibition is constitutionally sound.

CHAPTER 16

PREVENTION

Prevention is a key component of public health strategies and is increasingly part of the array of measures used to fight crime, especially crime related to the abuse of psychoactive substances. Viewed—in theory, at least—as a public health issue, an illegal drugs policy should therefore call for a strong prevention strategy.

Nothing, however, is more fluid, vague, even controversial, than prevention. The measures used to enforce the law are clear: they give power to the police and set down guidelines for the courts in dealing with people found to be in breach of the law. Correctional measures are equally clear: they implement the sentences imposed by the courts. Already, the measures used to treat people with drug problems are vague; there is no consensus on what constitutes treatment, when treatment begins and, most importantly, when treatment ends. The literature makes a distinction between primary, secondary and tertiary prevention; prevention through social development and situational development; universal, specific and indicated prevention; and prevention of use, at-risk behaviour and abuse, yet does not agree on the specific content of each field or the approach that should be taken in public policy.

When it comes to illegal drugs, the legal and political context makes the issue of prevention even harder to clarify and actions even harder to define. There are policies and initiatives in place that aim to prevent at-risk behaviour related to alcohol, such as heavy drinking, driving under the influence and domestic violence. In some circumstances and used in some forms, alcohol can be a “dangerous” substance; what we want to do is preclude those circumstances and identify the indicators of abuse so that we can prevent at-risk behaviour from leading to excessive, even pathological behaviour. It is possible to make these distinction and not deal with use *per se* because alcohol is a legal substance. But the national legal context surrounding illegal drugs and the interpretation of international drug policies (see Chapter 19 on the latter subject) are such that because they are defined *a priori* as harmful substances, illegal drugs must not be used. Another way of putting it is that any use is abuse. The glossary published by the United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention states:

In the context of international drug control, drug abuse constitutes the use of any substance under international control for purposes other than medical and scientific.¹ (Our emphasis)

If use is abuse, if individuals or organizations involved in prevention are unable to make distinctions that are essential in setting objectives and devising preventive measures, what hope is there of establishing successful prevention programs?

The international context on drugs is decidedly full of surprises. Each year, the International Narcotics Control Board, whose mandate is to monitor the implementation by Member States of the various international conventions, publishes an annual report which includes, in its first section, a commentary on a specific theme. The 1997 report commented on prevention. Regretting that the social environment was promoting drug use, the report noted:

Preventing the abuse of drugs is becoming an increasingly difficult endeavour, at least partly because of the rapid and growing spread of messages in the environment that promote drug abuse. Many of them can be regarded as public incitement and inducement to use and abuse drugs. Therefore, present efforts at prevention need to be strengthened and innovative prevention initiatives need to be developed and implemented.

(...)

While the elimination of all forms of drug experimentation, use and abuse will never be achieved, it should not be a reason to give up the ultimate aim of all prevention efforts, namely a drug-free society.²

Among the various factors favourable to drug use and abuse, the Board cited popular culture (songs, films, etc.), the media, the Internet, the promotion of hemp products and political campaigns. The report equates advocating for liberal policy options to the promotion of drug use and suggests a rather disquieting notion of prevention:

Sensationalism, the desire to be provocative and the need for higher ratings, may also be behind the fact that several television companies in some countries in western Europe appear to be broadcasting many more programmes in support of a change in the drug law, if not the outright legalization of drugs, particularly cannabis, than programmes examining the consequences of following such a policy and the harm arising from it. Preventive education campaigns aimed at accurately informing the public in general of the effects of drugs and drug abuse will help to promote a more rational approach to drug problems and to avoid sensationalism.

(...)

It is possible to curb the showing by public broadcasting media, such as the press, radio, film and television, of favourable images of drug abuse. In some countries, it is possible to do this through legislation; in others it can be done through voluntary codes of practice; in still others, however, no

¹ UNDCP (2000), *Demand Reduction. A Glossary of Terms*, Vienna: author, page 22.

² International Narcotics Control Board (1997) "Preventing drug abuse in an environment of illicit drug promotion." *Annual Report of the International Narcotics Control Board for 1997*. Vienna: INCB, paragraphs 2 and 4.

restrictions on promoting drug abuse are in place because freedom of information and freedom of speech are considered to be more important than limiting the promotion of illicit drugs. The Governments of those countries may need to reconsider whether unrestricted access to and the propagation of such information are detrimental to the social and health conditions of their populations.

(...)

Election campaigns have been conducted with candidates standing for parliament on a drug legalization platform. Some campaigns, such as the successful campaigns for the "medical" use of cannabis in Arizona and California in the United States of America, have sought to change the law (...). Such political campaigns need to be met with rational arguments and unambiguous language pointing out the manifold problems that might arise from the decriminalization of drugs and that certainly would arise from the legalization of drugs, in particular the health and economic consequences of such action. (...) The Board notes with regret that despite the fact that (...) Governments of States that are parties to the 1988 Convention are required to make the incitement or inducement to take drugs a criminal offence, either this has not been done or the law has not been enforced.³

If criticisms of the current public policies and demands for alternative approaches are equated with condoning drug use, if prevention means curbing freedom of speech – whether or not one agrees with these critiques – then one has to wonder what prevention is about.

Of course there are, as this chapter will show, many prevention programs that are not aimed solely or even particularly at the prevention of use, but rather the prevention of at-risk behaviour. Harm reduction, for example, is not only a general strategy for dealing with psychoactive substances, but is also a preventive approach that seeks to lower the risks associated with drugs and drug control without requiring abstinence. However, harm reduction is the subject of much controversy and criticism because it is based on the premise that use of drugs is a social reality.

Is law enforcement a preventive measure? Many practitioners, not just police officers, would surely say it is, and they would be right insofar as visible police presence or community policing does have some preventive effect. But in the current context, this is designed to prevent use, not at-risk behaviour, and does so through deterrence, not education or empowerment. And Chapter 14 showed that its effectiveness is very limited. Are sentences, including deprivation of liberty, preventive measures? Of course they are, at least for the time the offender is under supervision or in custody (although drugs are available in prison). But we saw in Chapter 15 that criminalization and penalisation do not deter use. And it is generally admitted that intervention by the justice system is in fact a sign that preventive measures have failed (or were not taken). Are citizenship education, health awareness and self-esteem programs preventive measures? They are indeed, but so, too, are social justice and fairness initiatives, efforts to reduce inequities and measures aimed at improving relations with Aboriginal peoples. If everything is prevention, what, then, constitutes the field of prevention?

³ *Ibid.*, paragraphs 18, 21, 25 and 27.

Addressing the issue of prevention means considering at the same time government policies on illegal drugs. This is particularly true in the case of cannabis. Preventive messages, as will be seen later, must be credible. The message that smoking tobacco causes lung cancer and cardiovascular disease is credible, at least in part because it is based on a large body of epidemiological studies that have established a strong, statistical cause-and-effect link. The same is true for impaired driving and the wearing of seatbelts. However, as Chapters 6, 7 and 8 have demonstrated, the findings for cannabis are by no means as cut and dried and the weight of the evidence would tend to indicate that it is a much less harmful substance than most other psychoactive substances. Contrary to what many told us, marijuana is not illegal because it is dangerous and this is well established in the history of national drug law and international conventions.

The UNDCP glossary also states:

Prevention is defined broadly as an intervention designed to change the social and environmental determinants of drug and alcohol abuse, including discouraging the initiation of drug use and preventing the progression to more frequent or regular use among at-risk populations.⁴

A careful reading of this definition is in order. It says that preventive intervention aims to prevent the abuse of drugs *and* alcohol. In the case of drugs *only*, however, one must aim to prevent people from becoming users in the first place, since drug use will progressively increase. Yet, the research on marijuana does not support this distinction. Alcohol – and before that tobacco – are far more likely than marijuana to lead to more frequent use, even at-risk use, and to be a gateway to other illegal drugs. But alcohol, like tobacco, is legal. Marijuana is not.

Any discussion of prevention entails discussion of the limits of government intervention and of how one conceives of human action. How far should government interventions go in identifying groups at risk without further stigmatizing groups already at risk? To what extent are humans rational beings who act in their best interest provided they are given the right information?

Finally, any discussion of prevention in the Canadian context necessarily has a constitutional dimension: to the extent that preventive measures are matters of health provinces have the primary jurisdiction, and to the extent that prevention is education provinces have exclusive jurisdiction. As we saw in Chapter 12 on the history of federal legislation on illegal drugs, it was no accident that the *Narcotic Control Act* was criminal in nature: since Parliament is authorized to adopt criminal legislation pursuant to the criminal law power conferred by the constitution. The federal government's role in the field of prevention of drug use is limited at best and non-existent at worst *proprio motu*.

This chapter on prevention begins with a statement that will come as no surprise to health or justice experts: when it comes to prevention, there is lots of talk, but the

⁴ *Ibid.*, page 58.

resources allocated are small and the initiatives weak. The second section asks the question: what prevention? We look at current knowledge of the factors underlying prevention initiatives and the effectiveness of some preventive measures, with special emphasis on one of the most important weapons in the war on drugs, the DARE program. The third section looks at the harm reduction approach to prevention. As in the other chapters, our conclusions are in the form of observations that may serve to guide future actions.

INITIATIVES THAT FALL SHORT OF THE MARK

When Canada's Drug Strategy was launched in 1987, the government acknowledged that most federal initiatives had focused on reducing supply and that there had to be more emphasis on prevention. Of the \$210 million initially allocated to the first five-year strategy, no less than 32% was earmarked for prevention. In the second phase of the strategy, which ran from 1992 to 1997, the total budget increased to \$270 million, with a similar percentage earmarked for prevention.

In 1994, the Government of Canada introduced the National Strategy on Community Safety and Crime Prevention and created the National Crime Prevention Council, now the National Crime Prevention Centre (Department of Justice). When Phase II of that strategy was launched in 1998, funding was \$32 million annually; by 2001, funding had increased to more than \$65 million. The strategy

*is aimed at reducing crime and victimization by addressing their root causes through a social development approach. Crime prevention through social development (CPSD) is a long-term, proactive approach. It is directed at removing those personal, social and economic factors that lead some individuals to engage in criminal acts or to become victims of crime. The National Strategy is investing in projects that address risk factors in people's lives, such as abuse, violence, poor parenting and drug and alcohol abuse.*⁵

Where do things really stand? The stakeholders are probably in complete agreement that there is a need for prevention. But they are equally unanimous that the actions that have been taken are short of the mark. Otherwise stated, everyone talks prevention, but no one does much about it. The observations made before the Committee cover five sets of considerations: (1) there is not enough prevention; (2) prevention lacks focus; (3) there is not enough evaluation of preventive measures; (4) prevention and social messages about cannabis are contradictory; and (5) there are exemplary practices and successful preventive measures that need to be promoted more widely.

⁵ National Crime Prevention Centre, statement of objectives, on line at www.crime-prevention.org

Not enough prevention

For many organizations, police departments and government agencies involved in the war on drugs, it is clear that there is not enough prevention. That view is measured in terms of spending levels and cuts in prevention staff.

Think of the last time that you saw a drug prevention message on television. Probably one that many of us would recognize is the fried egg commercial representing what happens to your brain. Unfortunately, that was an American ad. I cannot recall a recent anti-drug ad on television. We have produced proactive materials on many other issues in our country. There are campaigns on tobacco and breast cancer. We really have very little material in the drug prevention area. We are not saying that we want more money for policing and arresting people. We agree with the current balance. We think that not only crime prevention, but also drug awareness is a vital tool in making a difference. [...] We believe, first, that there is a role for police in prevention and awareness as well as in enforcement. We have excellent partnerships with teachers, parents and community groups. Community policing has really started to come together in the last 10 years. [...] One of our problems is that some of our programs are dated. Very little effort is put into the prevention aspect. I do not want to be quoted exactly on dollars. However, a report about a year ago indicated that the United States spent about \$12 per capita on prevention and awareness. In Canada, the comparative figure was less than \$1. I think it was in the area of 20 cents or 30 cents.⁶

Since 1988 and 1989, when we had the Really Me campaign, we have had no federal or, in B.C., provincial campaign speaking about drugs. [...] When there was a decrease in consistent prevention messages and the National Drug Strategy ended, I witnessed numerous community coalitions and task forces on drugs that dried up and went away and no provincial funding followed it. I watched in Nakusp, Penticton, the Sunshine Coast, Whistler and many other places as excited people were no longer able to keep going because the attention in the country turned to the population health bandwagon. There was a loss of interest, funding levels and prevention, and at the same time, an increase in messages about hemp, “medical marijuana” and other ideas. [...] When you have this going on for years, common sense would tell you we would have some erosion in the gains we had made in consumption. With that, and with some of the changes in drug sentencing and enormous growth in cannabis availability, certainly in British Columbia, it is no wonder we see these changes.⁷

[Translation] *Third observation: efforts to prevent substance abuse are clearly inadequate. The task involves budget (increase allocations for prevention in various areas), coordination (provide a better framework for practices in this area) and research (establish clear program evaluation parameters, determine the effectiveness of existing programs, promote winning strategies). There is a particular need for more substance abuse prevention initiatives in the following areas:*

⁶ Barry King, Chief of the Brockville Police Service, testimony before the Special Senate Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, 37th Parliament, March 11, 2002, Issue 14, pages 82-83.

⁷ Dr. Colin R. Mangham, Director of Prevention Source B.C., testimony before the Special Senate Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, 37th Parliament, September 17, 2001, Issue 6, pages 74-75.

- schools (beginning in middle school) and other areas of young people's lives (e.g., streets, parks, youth centres);
- workplaces;
- front-line services in the health and social services system.⁸

*We had an excellent Canadian program developed in Nova Scotia in conjunction with the Nova Scotia Addictions Foundation known as PACE, the Police Assisted Community Education. We, along with a pharmacist, a doctor, a nurse and some athletes were among the people that went to schools to talk to the students about peer pressure, why some students feel compelled to use drugs, about stealing and different moral ethics, and other subjects relating to drug use. Unfortunately, because of the budget cuts, the programs were cut. The money for evaluations, for increasing the program, or for improving the program no longer existed.*⁹

*In the 1970s and 1980s, there was support for community-based ongoing prevention efforts. However, in the 1990s, the federal and provincial governments cut a lot of the funding and there has been commensurate rise in drug use. During that same period, multi-faceted prevention efforts such as those directed at tobacco, seat-belts, fire safety, fitness, and dental health, to name a few, made major inroads.*¹⁰

Prevention of social and health problems is often the poor cousin of practice. Whether in health or in justice, the reality is that much more is spent on treatment and intervention after the fact than on prevention. This is true for health issues in general and illegal drugs in particular.

According to the study by Single *et al.*,¹¹ the direct and indirect cost of illegal drug abuse in 1996 was approximately \$1.5 billion. Of that amount, \$400 million was spent on law enforcement (police, Customs, courts, correctional services, etc.), and approximately \$35 million was spent on prevention, that is, roughly 2% of the total, compared with more than 25% on efforts to fight drugs. Put a different way, the per-capita cost of illegal drugs is roughly \$48; by comparison, about \$12 is spent on drug control, and about \$1 on prevention.¹² **We agree with other stakeholders that spending on prevention is woefully inadequate.**

⁸ Quebec Standing Committee on the Campaign against Drugs (2000), *Consultation 2000. La toxicomanie au Québec : Cap sur une stratégie nationale*, Quebec City: author, page 13.

⁹ Chief Superintendent R.G. Lesser, testimony before the Special Senate Committee on Illegal Drugs, First Session, 37th Parliament, October 29, 2002, Issue 8, page 14.

¹⁰ Art Steinmann, Executive Director, Alcohol-Drug Education Service, testimony before the Special Senate Committee on Illegal Drugs, First Session, 37th Parliament, November 7, 2002, Issue 10, page 86.

¹¹ Single, E., *et al.* (1996), *The Costs of Substance Abuse in Canada*, Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

¹² These figures do not take into account funds allocated to drug abuse prevention by the National Crime Prevention Strategy that was really implemented beginning in 1998.

Prevention lacks focus

Preventing cannabis use probably requires a different approach than preventing the use of heroin or ecstasy. By the same token, prevention of use by students will not be handled the same way as prevention of use by street kids, and preventive measures aimed at Aboriginal youth will be different from those aimed at white youth. We will see in the next section that the risk factors and protective factors are not the same for all social groups.

However, stakeholders point out that prevention messages and the way they are delivered are often inaccurate. We see either universal messages the real effectiveness of which is hard to measure, or messages that are aimed at specific social groups but are not necessarily geared to the reality of the people being targeted.

[Translation] Of particular note are weaknesses in secondary prevention. Programs aimed more specifically at high-risk groups are not enough. There is little effective screening where early intervention might make all the difference in preventing problems from getting worse, and this is true not only of youth, but of client groups of all ages. There is at present a lack of consistency in the messages being conveyed and the initiatives being taken. There is a lack of program stability. And in some areas, a great deal of ground has been lost (e.g., gradual loss of substance abuse prevention educators).¹³

Prevention is not 'one size fits all.' Broad population approaches are needed, but so too are narrow focussed activities that target a specific risk group. Of course, prevention is proactive. It promotes personal responsibility. It is highly cost effective: For the cost of one treatment centre, you can fund prevention initiatives that reach hundreds and, indeed, thousands of kids.¹⁴

If the focus is prevention, the objectives have to be clarified: is the goal to prevent use, at-risk behaviour or abuse? The chosen preventive measures will be fundamentally different depending on what objectives are set. This point was made in a recent document produced for Health Canada on best practices in the area of prevention:

Clear and realistic goals that logically link program activities to the problems and factors found in a community are necessary to guide implementation. Clear and measurable goals will permit evaluation to determine whether the program achieved its objectives. Goals will vary with the community and the circumstances; however, important considerations for all programs are the points at which use and problematic use of different substances generally begin. [...] Accordingly, for youth who are not yet using (i.e., either not considering use or thinking about use) the program aim would be primary prevention. Programs working with a population largely consisting of youth who have initiated use and continue to use, a secondary prevention or harm reduction aim makes most sense. Each of these aims logically lead to

¹³ Quebec Standing Committee on the Campaign against Drugs, *op. cit.*, page 14.

¹⁴ Art Steinmann, Executive Director, Alcohol-Drug Education Service, testimony before the Special Senate Committee on Illegal Drugs, First Session, 37th Parliament, November 7, 2002, Issue 10, page 85.

*particular activities and messages (e.g., use of more intensive approaches with those using or preparing to use).*¹⁵

With respect to prevention, there is also a sense that anything and everything is possible by adopting anti-drug rhetoric. However, as we will show in the next section, preventive measures have to zero in more on known risk and protective factors. And because there are many risk factors, preventative action should be multifaceted and involve the community.

There is not enough evaluation of preventive measures

Another reason there is not enough prevention is that no one takes the time or devotes the resources to evaluate programs and demonstrate their effectiveness. As the saying goes, an ounce of prevention is worth a pound of cure. Similarly, one dollar invested in prevention saves five dollars down the road. That may be true, but proving it is something else.

Conducting evaluation studies is not an easy task. If they are to be credible, studies often require a complex methodology. They are also expensive. And most importantly, they cannot – or at least should not – be rushed in order to meet political timelines: to determine, for example, whether a program aimed at preventing drug use among youth is effective, “graduates” have to be monitored for no less than a year (normally at least three years) after they received the program. Canada is not in the habit of doing evaluative research, and, as we saw for Canada’s Drug Strategy, we did not set clear objectives or provide the means to evaluate initiatives.

As a result of this situation, prevention – a weak segment if ever there was one – pays the price when even the smallest budget cut is made.

*One of the biggest problems is that our programs have never had an evaluation component. Whenever we had the opportunity to implement new programs, it was done “quick and dirty.” There was very little money. Our only approach was to pump something out and see if it worked. We have all learned that if you are going to do something, do it properly. We should set up new programs with evaluative components in order to know that we are doing the right things at the right time for the right people. In other words, programs should consider the message, the messenger and effectiveness.*¹⁶

The Committee is of the opinion that any future Canadian drug strategy **will have to include mechanisms and resources to evaluate the various components and in particular to evaluate preventive measures.**

¹⁵ Roberts, G., et al. (2001), *Preventing Substance Abuse Problems Among Young People. A Compendium of Best Practices*, Office of Canada’s Drug Strategy, Health Canada, Ottawa: Supply and Services, pages 30-31.

¹⁶ Barry King, Chief of the Brockville Police Service, testimony before the Special Senate Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, 37th Parliament, March 11, 2002, Issue 14, pages 82-83.

Preventive and social messages in contradiction

For some observers, the fact that society has become more tolerant of cannabis in recent years has contributed to increasing levels of use among young people and undermined the prevention efforts.

*The other important part to remember is acceptability in terms of how drug use is perceived. Even more than availability, acceptability is affected by legal sanctions. When we have sanctions against drugs, it reduces social acceptability and helps hold consumption down. Two aspects of acceptability are perceived risk in using the drug and perceived social acceptance of the drug. Those are two tools we have to keep consumption down.*¹⁷

According to the 1996 Monitoring the Future study by the University of Michigan, today's teens are less likely to consider drug use harmful and risky, are more likely to believe that drug use is widespread and tolerated, and feel more pressure to try illegal drugs than at any other time in the last decade. [...]

*The implication of these perceptions is that these factors influence an increase or decrease in the levels of drug use. Legalization of illicit drugs would only weaken these perceptions further. It tells our children that adults believe drugs can be used responsibly. It suggests that there is less risk and that drugs are more acceptable to society. [...] Another influence is the media and the power of communication. Media coverage of individuals smoking marijuana in cannabis clubs tells kids that drug taking can be fun. Within this atmosphere, it is very difficult, if not impossible, to reach children and convince them that doing drugs is harmful. Increased drug availability and drug use will worsen our crime problems. Increased drug use has terrible consequences for our citizens.*¹⁸

As one American commentator said, telling children that marijuana is a dangerous drug is one thing, but what happens when they find out in high school that their friends are using it without frying their brains? The message probably has to be adapted to the audience, the context and the objectives. However, it is surely just as necessary to tell children and adolescents the truth in prevention programs about drugs, their real effects and about what we still do not know. If our society engages in contradictory debate over cannabis, it is not because some pot activists are manipulating the media; otherwise we would have to question the ability of our media to remain neutral and keep a critical distance. In light of the epidemiological findings presented in Chapter 6 and the scientific research on the effects of cannabis presented in Chapter 7, we believe that alarmist rhetoric on the effects of cannabis is probably counterproductive for the very people who legitimately hope to prevent its abuse.

¹⁷ Dr. Colin R. Mangham, Director, Prevention Source B.C., testimony before the Special Senate Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, 37th Parliament, September 17, 2001, Issue 6, page 74.

¹⁸ Michael J. Boyd, Chair of the Drug Abuse Committee and Deputy Chief of the Toronto Police Service, testimony before the Special Senate Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, 37th Parliament, March 11, 2002, Issue 14, pages 77-78.

That was among the points raised in the recent Health Canada report on best prevention practices.

*The most important principle for every program, regardless of program goal, is that drug information be scientifically accurate, objective, non-biased and presented without value judgment. [...] Even if younger participants initially accept messages that focus solely on the negative aspects of drug use, once they receive more accurate information, there is a danger that all the messages received earlier will lose credibility. [...] Fear-arousing messages accompanied by incorrect or exaggerated information are not effective, and can generate scepticism, disrespect and resistance toward any advice on substance use or other risk behaviour. [...] Similarly, simplistic messages that young people believe to be unrealistic (e.g., just say 'no') or not feasible (e.g., play sports when there are not facilities readily available) will not be seen as credible.*¹⁹

There is a body of knowledge on which we have to draw

Without question, there is a widespread preventive practice in Canada that has developed on a trial-and-error basis and is frequently nursed along with limited resources by people who truly believe in it. As we will show in the next section, there is also a body of knowledge on the initiatives that are most likely to have a real effect on risk factors and the processes most likely to support strong preventive measures.

One of the problems is that this “knowledge” all too often remains in the heads of a few people, primarily because few or no evaluative studies are conducted. What studies are done appear in scientific journals and are seen by experts but do not reach practitioners. And there are still few systematic means of disseminating information. This raises the question of how practices proven elsewhere can be adapted to other contexts.

*We suggest to the Committee that rather than focusing on reforming our drug laws, efforts would be much better spent on examining strategies focused on prevention. Canada's Drug Strategy points out that first and foremost, prevention is the most cost-effective intervention. If we know that to be true, should we not focus our attention on tactics that will ensure greatest possible return on our investment? [...] In a compendium of best practices by the Canadian Centre on Substance Abuse, the authors draw attention to the importance of parental influence in high-risk behaviour among youth. [...] Numerous studies completed at the Center on Addictions and Substance Abuse at Columbia University which include extensive research into prevention programs, have reached the same conclusion.*²⁰

Finally, in our years of work and prevention we have come to understand that the real problem is not so much a drug problem as a people problem. That is, all people - especially kids who have suffered abuse, neglect, trauma, and addiction in the home - seek ways to deal with their feelings of anger, despair, hopelessness or powerlessness. Some may have feelings of boredom, curiosity or a desire to belong.

¹⁹ Roberts, G., et al. (2001), *op. cit.*, page 40.

²⁰ Brief from the Focus on the Family Association to the Special Senate Committee on Illegal Drugs, May 14, 2002.

*Marijuana and other drugs can seem to solve or at least soothe these emotions. [...] Alternatively, there is great potential through prevention to foster informed, confident, capable young people, who from the earliest ages learn sound mental health practices that are drug-free ways to manage these pressing and understandable human feelings.*²¹

PREVENTING WHAT AND HOW?

Agreeing on the need for prevention is a bit like agreeing on the importance of virtue. Yet, as we saw in the introduction to this chapter, whether we all agree on the very concept of prevention is not all that clear. The United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention glossary defines prevention as follows:

Prevention activities may be broad-based efforts directed at the mainstream population(s), such as mass general public information and education campaigns, community-focused initiatives and school-based programs directed at youth or students at large. Prevention interventions may also target vulnerable and at-risk populations, including street children, out-of-school youth, children of drug abusers, offenders within the community or in prison, and so on. Essentially, prevention addresses the following main components:

- *Creating awareness and informing/educating about drugs and the adverse health and social effects of drug use and abuse, and promoting anti-drug norms and pro-social behaviour against drug use;*
- *Enabling individuals and groups to acquire personal and social life skills to develop anti-drug attitudes and avoid engaging in drug-using behaviour;*
- *Promoting supportive environments and alternative healthier, more productive and fulfilling behaviours and lifestyles, free of drug use.*²²

What this means, then, is taking initiatives that alter the factors leading to drug abuse, where all use is abuse in the case of an illegal substance or a substance controlled by international conventions. The definition identifies as a factor in abuse first-time use of drugs, on the premise that introduction – at least in people considered to be “at risk” – leads to more frequent use or use of other substances. The proposed areas of action indirectly identify other factors: the absence of information on the adverse effects of drug use and social norms that are insufficiently anti-drug, inadequate personal and social skills to resist drug use, and unsatisfactory lifestyles that are not health oriented are other factors in drug abuse.

But what do we know about the reasons why people use drugs, marijuana in particular? We know that men use more alcohol and drugs and that women use more prescription drugs. Do we really know why? We think that there may be more than

²¹ Art Steinmann, Executive Director, Alcohol-Drug Education Service, testimony before the Special Senate Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, 37th Parliament, November 7, 2002, Issue 10, page 30.

²² UNDCP (2000), *op. cit.*, page 58.

150 million marijuana users in the world, and we have said that there are approximately 3 million a year in Canada; are we to conclude that those people lacked the personal and social skills needed to resist drugs? When, at what point, does use become a problem? Depending on the answers to those questions, the entire prevention strategy will be different.

Genetic baggage aside, public health factors are a function of:

[Translation] [...] *environmental factors related to the setting in which the person lives, from conception to death: the social as well as the physical environment. Education, employment, income, family and social relationships, and distribution of wealth are all factors that come into play. There is a close link between socio-economic status and health and well-being: that link is confirmed by data on hospitalization, disability, health problems and mortality in a given population. Other factors of course include lifestyle and behaviour, such as tobacco use and diet. Even though these are factors that can be changed and are often targeted by prevention, they are also largely conditioned by socio-economic factors. The last factor is health services, the level and organization of which vary from community to community and country to country.*²³

It is true that epidemiological data tend to show that young marijuana users are more likely to be from disadvantaged socio-economic backgrounds, are more likely to smoke tobacco, and probably have parents who smoke or even use marijuana. These are referred to as environmental risk factors. According to some authors, regular or heavy users, those who are at risk, also suffer low self-esteem, are more likely to drop out of school or not finish high school, and do not perform as well academically. These are personal risk factors.

Another term in the vocabulary of prevention besides “risk factor” is “protective factor”. The United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention defines “protective factor” as follows:

*A factor that will reduce the probability of an event occurring which is perceived as being undesirable. This term is often used to indicate the characteristics of individuals or their environments, which reduce the likelihood of experimentation with illegal drugs. For example there is some evidence from research in developed countries that each of the following are, statistically at least, protective in relation to illicit drug use: being female; of high socio-economic status; being employed, having high academic attainment; practising a religion; and being a non smoker.*²⁴

Epidemiological data show that use is lower among women, non-smokers and people who practise a religion. However, the data are not as clear in terms of the impact of socio-economic status or level of schooling.

²³ Public Health Directorate, *Les inégalités sociales de la santé. Rapport annuel 1998 sur la santé de la population*. [social inequity in health; 1998 annual report on public health], Montreal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

²⁴ UNDCP, *op. cit.*, page 60.

One of the key works in the literature on prevention is without question the 1995 research by Hawkins *et al.*²⁵ The authors give a comprehensive list of risk factors related directly or indirectly to drug abuse, divided into five categories: individual, family, school, peer and community environment. These factors were identified based on a series of longitudinal studies that tracked children and adolescents over long periods.

*Recent longitudinal research has identified risk and protective factors in the individual and the environment that consistently predict drug involvement. Moreover, the evidence indicates that the likelihood of drug abuse is higher among those exposed to multiple risk factors and that the risk of drug abuse increases exponentially with exposure to more risk factors. The higher rates of drug abuse among criminal and homeless populations are consistent with studies of personal, social and environmental risk factors that are predictive of substance abuse. This line of research suggests that intervention to prevent drug abuse should focus on reducing multiple risk factors in family, school, peer, and community environments.*²⁶

1. Individual factors

The authors include among the individual factors identified by the research family history, genetic history, biochemical characteristics, early and persistent behavioural problems, alienation and rebelliousness, attitudes favourable to drug use, and early introduction to drugs.

2. Family factors

These factors include parents who use or permit the use of substances, poor parenting, poor parent-child relationships and family conflict.

3. School factors

These factors include academic failure and a weak commitment to school; intelligence is not a factor, but the school environment and learning difficulties have a determining effect.

4. Peer factors

Peer rejection in primary school and peers who use drugs are also factors related to substance abuse.

5. Environmental factors

The availability of drugs, legal and cultural norms, poverty and an unstable living environment.

²⁵ Hawkins, D.J., M.W. Arthur and R.F. Catalano (1995), "Preventing Substance Abuse" in Tonry, M., and D.P. Farrington (eds.), *Building a Safer Society: Strategic Approaches to Crime Prevention*, Chicago: University of Chicago Press.

²⁶ Hawkins, D., *op. cit.*, page 368.

The authors identify as protective factors individual characteristics (resilience, social and personal skills, intelligence), the quality of childhood relations in the family and especially at school, and individual and social objection to drug use.

These factors must not be confused with causes. They are statistical links that are themselves limited by methodological problems related to measurement of behaviour, evaluation of the impact of intervention, and other considerations.²⁷

*A clear advantage of the protective/risk factor approach is the understanding that many social and health problems are linked by the same root factors – an understanding that can lead to better integration of strategies and economizing of resources. However, because a factor is linked to substance use problems does not necessarily mean that it causes such problems. Consequently, the actual preventive effect of addressing one or another of the protective or risk factors is not very clear and no doubt varies between the factors. Nevertheless, it appears that addressing protective or risk factors in several domains of a young person's life (i.e., individual, school, family and community) can lead to positive outcomes.*²⁸

Hawkins *et al.* reviewed a series of initiatives—prenatal and neonatal, and preschool, primary school and secondary school—that were evaluated. They found that the most promising strategies are multidisciplinary approaches involving the community.

*The evidence suggests that multistrategy approaches that address multiple risks while enhancing protective factors hold the most promise for preventing substance abuse. The current challenge for substance abuse prevention research is to test prevention strategies that empower communities to design and take control of their own efforts to explicitly assess, prioritize, and address risk and protective factors for substance abuse.*²⁹

Prevention is not, however, a formula that can be used over and over in the exact same way. The characteristics of local communities, existing social relationships, and the strength of community organizations are among the factors that play a key role in the success of preventive measures. There is growing consensus among authors on a series of steps that are most likely to bring about success. The compendium of best practices published by Health Canada proposes the following:

- Build a strong framework
 - Address protective factors, risk factors and resiliency
 - Seek comprehensiveness
 - Ensure sufficient program duration and intensity
- Strive for accountability
 - Base program on accurate information
 - Set clear and realistic goals

²⁷ Hawkins D., *et al.*, *op. cit.*, pp. 363-367.

²⁸ Roberts, G., *et al.* (2001), *op. cit.*, page 24.

²⁹ Hawkins, D., *et al.*, *op. cit.*, page 404.

- Monitor and evaluate the program
- Address program sustainability from the beginning
- Understand and involve young people
 - Account for the implications of adolescent psychosocial development
 - Recognize youth perceptions of substance use
 - Involve youth in program design and implementation
- Create an effective process
 - Develop credible messages
 - Combine knowledge and skill development
 - Use an interactive group process
 - Give attention to teacher or leader qualities and training

What actions are proven and promising? The compendium lists a number of Canadian intervention programs, but none has really undergone comprehensive evaluation.

A number of people who spoke at our hearings, police officers in particular, mentioned the DARE (Drug Abuse Resistance Education) program.

*We use a revised, Canadian version of DARE, which is not the program most people have been hearing about for years. We are achieving success and acceptance with it.*³⁰

*We were unable to continue to fund Canadian programs, and to the credit of the RCMP and its members across the divisions, they turned to DARE, the Drug Abuse Resistance Education, from the United States. It was a pre-made, off-the-shelf program. Our budget still does not permit us to develop Canadian programs or to do evaluations. Unfortunately and embarrassing is that of the money that has gone to teaching Canadian police officers to instruct, a total of \$750,000 has been paid for by the United States. The Canadian government has not funded any DARE training.*³¹

DARE was introduced in the United States in the early 1980s by the Los Angeles Police Department. In 1996, the program was being used by 70% of school districts and was serving 25 million students. Some 25,000 American police officers were trained to deliver the DARE program in schools. DARE is also used in 44 other countries around the world. It includes a number of modules delivered in different ways depending on the community. Basically, it entails a series of visits from kindergarten to grade four in which the children are given short lessons on personal safety, respect for the law, and drugs. The main 17-week program is designed for students in grades five and six. A 10-week program for middle-school students focuses on resistance to peer pressure, the ability to make personal choices, conflict resolution and anger management. Another 10-week program for high-school students focuses on personal

³⁰ Barry King, Chief of the Brockville Police Service, testimony before the Special Senate Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, First Session, 37th Parliament, March 11, 2002, Issue 14, page 83.

³¹ Chief Superintendent R.G. Lesser, testimony before the Special Senate Committee on Illegal Drugs, First Session, 37th Parliament, October 29, 2002, Issue 8, page 14.

choices and anger management. Finally, DARE+ is an after-school program for high-school students built around recreational activities. The main 17-week program for grades five and six is the one most frequently used (81% of American school districts). It is delivered by a uniformed police officer and focuses on the ability to resist drugs. It provides information on drugs and their effects, self-esteem, and alternatives to drugs. The program includes lectures, group discussions, audio-visual presentations, exercises and role playing.

A document we received from the RCMP shows that the DARE Program is being taught in 1,811 schools in 584 different communities in Canada outside Quebec. Alberta leads the way with 150 school districts, 583 schools and more than 21,400 students in 2001, followed by Ontario (40 districts, 346 schools, 10,940 students) and British Columbia (60 districts, 289 schools, 10,800 students). All these schools offer the main 17-week program. In 2001, the program served more than 53,000 students. In all, the various components of the DARE program reached more than 65,000 Canadian students in 2001.

We do not know how much the program has been “Canadianized”. To our knowledge, there have been no studies to evaluate the program’s impact. The document we received is the first phase of an evaluation study that should, in the second phase, provide data on impact. The first phase of the study deals with students’, teachers’ and parents’ opinions, preferences and perceptions.³² The study looked at all of the grade 5 and grade 7 students in the West Vancouver school district who took the program (500 and 570 students, respectively), as well as their parents and teachers. The findings showed a very high level of satisfaction with the program:

- 97% of the students, 95% of the teachers and between 78% and 94% of the parents, depending on the grade, were in agreement with the program and the program objectives;
- 78% of the teachers agreed with the content of the DARE program for their grade level;
- 72% of the students felt that the information they received was valid and up to date;
- 97% of the teachers were very satisfied with the relationship between the police officer delivering the program and the students;
- 96% of the students said they understood the message;
- 88% of the students said that DARE had helped them resist drugs in middle school; the result was 58% in high school;
- between 82% and 89% said that they had a better understanding of the dangers of drugs.

These are only some of the findings. The data are in line with what can be found on the DARE’s U.S. Internet site and in a number of evaluations. However, those evaluations measured opinions, perceptions and attitudes, not behaviour. To some extent, these results, positive though they may be, are not really surprising.

³² Curtis, C.K. (1999), *The efficacy of the Drug Abuse Resistance Education program (DARE) in West Vancouver schools. Part 1 – Attitudes toward DARE: An examination of opinions, preferences, and perceptions of students, teachers, and parents*, West Vancouver RCMP.

In contrast, almost all of the evaluations that have endeavoured to measure the impact of the DARE program on behaviour, specifically the prevention or reduction of drug use, have shown that the program had no impact or, at best, very little and very short-term impact.

The compendium of best practices produced for Health Canada contains a separate section on the DARE program which states in part:

*There have been many D.A.R.E. reviews and evaluations, but few rigorous scientific evaluations. While some evaluations show positive results, studies published in peer reviewed journals, including a 5-year prospective study and a meta-analysis of D.A.R.E outcome evaluations, have been consistent in showing that the program does not prevent or delay drug use, nor does it affect future intentions to use. On the positive side, it does seem to boost anti-drug attitudes, at least in the short-term, increase knowledge about drugs and foster positive police-community relations. Also, acceptance of the program is generally quite high among police presenters, students and their parents.*³³

Of course, the absence of program impact can be attributed to the requirements of the evaluation. However, these requirements are the same as those used for other program evaluations.

In 1997, a major report on what works, what does not work and what is promising in the area of crime prevention was tabled in the United States Congress; Congress had commissioned the report from a team of prominent researchers at a number of American universities.³⁴ The report had the following to say about the DARE program:

Several evaluations of the original 17-lesson core have been conducted. Many of these are summarized in a meta-analysis of DARE's short-term effects sponsored by NIJ [National Institute of Justice]. This study located 18 evaluations of DARE's core curriculum, of which 8 met the methodological criterion standards for inclusion in the study. The study found:

- 1. Short term effect on drug use are, except for tobacco use, non significant;*
- 2. The sizes of the effects on drug use are slight. Effect sizes average .06 for drug use and never exceed .11 in any study. The effects on known risk factors for substance use targeted by the program are also small: .11 for attitudes about drug use and .19 for social skills.*
- 3. Certain other programs targeting the same age group as DARE [...] are more effective than DARE. [...]*

Four more recent reports, three of them longitudinal, have also failed to find positive effects for DARE. Lindstrom (1996), in a reasonably rigorous study of approximately 1,800 students in Sweden, found no significant differences on measures of delinquency, substance use, or attitudes favoring substance use between students who did and did not receive the DARE program. Sigler and Talley (1995) found no difference in the substance use of seventh grade students in Los Alamos, New Mexico who had and had not received the DARE program 11 months before. Rosenbaum et coll. (1994) report on a study in

³³ Roberts, G., et al., *op. cit.*, page 171.

³⁴ Sherman, L.W., et al. (1997), *Preventing Crime: What Works, What Doesn't, What's Promising*. A Report to the United States Congress, Washington, DC: US Department of Justice.

which 12 pairs of schools (involving nearly 1,600 students) were randomly assigned to receive or not receive DARE. Although some positive effects of the program were observed immediately following the program, by the next school year no statistically significant differences between DARE and non-DARE students were evident on measures of the use of cigarettes or alcohol. [...] These studies and recent media reports have criticized DARE for (a) focusing too little on social competency skill development and too much on effective outcomes and drug knowledge; (b) relying on lecture and discussion format rather than more interactive teaching methods; and (c) using uniformed police officers who are relatively inexperienced teachers and may have less rapport with students.

[...]

In summary, using the criteria adopted for this report, DARE does not work to reduce substance use. [...] No scientific evidence suggests that the DARE core curriculum, as originally designed or revised in 1993, will reduce substance use in the absence of continued instruction more focused on social competency development.³⁵

This information is in the public domain. It has been available for many years. Considering the limited resources available for the prevention of drug abuse in Canada, federal authorities and the RCMP ought to have looked at that information before deciding to implement even a Canadian version of the DARE program. Beyond the rhetoric that may please some, there are in this case—and this is so rare that we must take advantage—comprehensive studies which show that the program is not meeting its stated goals.

The same study identifies other programs that are much more likely to have a positive impact on drug use and abuse, in particular programs that develop social skills. The Canadian compendium also describes a number of programs that have undergone equally comprehensive evaluation and have shown positive results.

Like one of our witnesses, we seriously question the police-led practice used to deliver drug education in schools:

I have a quick aside about police-led drug education. We, personally, have some concerns with police officers teaching many hours of drug education in the classroom. We do not think it is sustainable financially to have paid police officers in at every grade level teaching hours and hours of drug education. Teachers - classroom teachers - are trained to be educators and that includes how to build self-esteem, how to make kids feel more capable. In addition, we know there are good, well-intentioned police officers, but our concern is that some of them do not, in our view, have sufficient training to do the type of education that is required. I am also concerned that the DARE program in the United States is now starting a whole new initiative. [...] they still are not addressing a very fundamental question, which is, 'who is the best person to deliver these?'

We have heard concerns from students and teachers that police-led drug education can be more authoritarian and that it can come across not so much as helping kids to make their own carefully thought out choices, but more to lead them into one specific choice.³⁶

³⁵ *Ibid.*, pages 5-33 to 5-35.

³⁶ Art Steinmann, Executive Director, Alcohol-Drug Education Service, testimony before the Special Senate Committee on Illegal Drugs, First Session, 37th Parliament, October 29, 2002, Issue 10, page 86.

We believe that there is a need for education about psychoactive substances, forms of use and the related risks. But we also believe that there is a need to rethink the approaches being used and that police officers, if they must be involved, should neither develop the programs nor deliver them to students.

Lists of risk and protective factors and of successful programs aside, it is key to have a holistic vision of prevention, because drugs are part of a complex social, cultural and historical environment. Analysis of the debate over prevention and prevention practices shows that one of the risks lies in putting forward a reductionist and mechanistic view of personal and community health. We observed in Chapter 6 that the available data showed an increase in marijuana use among high-school students. We also saw in Chapter 10 that public opinion is perhaps more tolerant than it used to be. And we have seen in this chapter that little has been done in the area of prevention. Does this mean, as the Canadian Centre on Substance Abuse has said, that the increase in use is merely the result of all these factors combined?

*The resurgence of drug use we are now witnessing is led largely by mainstream youth, indicating that we may have paid a heavy price for changing our focus and neglecting this group in Phase II (of Canada's drug Strategy). Ultimately we must aim our prevention messages at all youth. The Centre believes that all young people-drop-outs and A students alike-are vulnerable to drug use and should be viewed as an at-risk population.*³⁷

Is it really the effect of the prevention initiatives taken in the first phase of the strategy (1987-1992) that accounts for the relative decline in use during that period? Is it really the absence of debate and prevention practices in the 1990s that accounts for the increase in use? Strictly speaking, no one knows. Not only was there no evaluation of the first phase of the national strategy, but even the most comprehensive evaluation might not have been conclusive. The increase in use in the 1990s could just as easily have been the result of a series of entirely different factors, such as cutbacks in government services, the decline in the youth labour market or even globalization of world markets, which makes people feel powerless to change their living conditions. There might even be other factors of which we are not yet aware.

In the United States, the use of illegal substances decreased between 1982 and 1991, then started to rise again in 1993. Did policies and approaches change? Incarceration rates for drug-related crimes certainly did not drop. At least as much money was spent on prevention and education programs. The rate of alcohol use among youth under 17 also decreased; can that be attributed to the same factors? Inversely, the proportion of smokers in the population hardly changed at all despite equally or more aggressive awareness and prevention campaigns. What do we make of this? The decrease in illegal drug use may be attributable in part to "war on drugs"

³⁷ Canadian Centre on Substance Abuse (1996), *Canada's Drug Policy. Brief to the Standing House of Commons Committee on Health*, Ottawa: author.

policies, but that is by no means a completely satisfactory explanation. And we also have to consider the social and economic cost.

*The U.S. government's 'War on Drugs' resulted in a tremendous expansion of resources applied to supply reduction and interdiction efforts focused on illegal drugs and in increasingly harsh criminal sanctions against users, including those caught in possession of relatively small amounts of illegal drugs. These policies have apparently had little effect on the availability of addictive drugs or on reducing abuse. They have fueled higher costs associated with prison construction and a tremendous increase in the prison population, leading some to call for legalization of currently proscribed drugs such as marijuana and cocaine.*³⁸

Through all of this, there is little room for a less mechanistic view of individuals. We were reminded of this by J.F. Malherbe in the paper he wrote at our request:

*The human experience is always complex and multifactorial, and no statement of risk referring to a single factor has any meaning for an individual subject (even though certain correlations appear to be well established). The future cannot be predicted for a singular individual on the basis of statistical information. We can therefore wonder at times about the level of scientific training (or honesty) of doctors who confuse "statistical correlation" with "risk factors" and "causes". It is true, however, that it is more convenient to "preach" to people about the causes of cancer than to support and inform them in the often chaotic advance of their freedom toward fuller responsibility for themselves, for others and for the fragile biosphere to which we belong.*³⁹

Professor Malherbe went on to say:

The true harm, the worst of all, the most intolerable, the only one that must absolutely be repressed is wanting to make people happy by deepening their fear of disease and death, without asking each individual to make personal choices and realize his or her preferences. The true, the only harm stems from health ideology, from the furor sanandi, which sketches out our happiness without us being able to enjoy it.

*Does this mean that everything should be permitted without distinction? Of course not. But the test is still to discover step by step through our trials and errors, and it cannot be imposed on us by experts – doctors or economists – in the name of a prior and death-causing order. The joy of fertile disorder is better for life than the boredom of a type of planning, the arbitrary nature of which equals nothing but sterility.*⁴⁰

³⁸ Hawkins, D.J., M.W. Arthur and R.F. Catalano (1995), "Preventing Substance Abuse", in Tonry, M., and D.P. Farrington (eds.), *Building a Safer Society: Strategic Approaches to Crime Prevention*, Chicago: University of Chicago Press, page 344.

³⁹ Malherbe, J.F. (2002), *The contribution in defining guiding principles for a public policy on drugs*. Document prepared for the Special Senate Committee on Illegal Drugs, Ottawa: Senate of Canada, page 7.

⁴⁰ *Ibid.*, page 10.

Moreover, prevention, especially in schools, must provide a forum for open discussion that makes young people accountable and permits the acculturation of substances. Demonization and indoctrination can never take the place of education.

RISK REDUCTION AND HARM REDUCTION

The harm reduction approach has become a preferred tool in preventing AIDS/HIV contamination through intravenous drug use. It was discovered in the late 1980s that IV drug users were a key vector for the transmission of HIV. Needle exchange programs came about as a result.

However, the harm reduction approach creates a number of conceptual and theoretical problems. The first problem is terminology. “Harm reduction” is the term most commonly used in English, but “risk reduction” is also sometimes used. In French, “harm reduction” has been rendered as “*réduction des méfaits*”, but also as “*réduction des dommages*” and “*réduction des risques*”.

Further, the concept and practice of harm reduction have been criticized by some observers who see them as veiled strategies for legalizing drugs.

When I say a ‘harm reduction drug policy,’ I do not mean as we have already initiated in the response to drugs so far. We have tried many things such as needle exchanges and we have tried a harm reduction approach to drinking and driving. I have developed many programs for youth, which is my specialty. If I were called upon to develop a program to teach youth with any certainty about how to use drugs that are now illegal in a safe and moderate way, I do not think I could do so. Drugs fundamentally have effects. They do affect us. For example, it may be the cleanest heroin in the world, but is the person functioning in the family and at work, and are they able to pay for the habit that they will develop? Those are questions that need to be answered.

*When I use the term, I mean harm reduction as it has been promoted. The term has become sullied, unfortunately. It began as a noble thing, but has become a key code word for decriminalization or legalization of substances. I would caution you against using the term as it is.*⁴¹

Granted, harm reduction strategies are often on a collision course with law enforcement strategies: the situation has arisen often in cities across Canada where heroin addicts leaving needle exchange clinics come face to face with police.

The term “harm reduction” refers more specifically to strategies aimed at reducing the adverse effects of drug use on health, economic status and the social environment for users and those around them.⁴² In addition to needle exchange, harm

⁴¹ Dr. Colin Mangham, page 73.

⁴² See, for example, the work of D. Riley (1996), *Harm Reduction: Concepts and Practice. A Policy Discussion Paper*, Canadian Centre on Substance Abuse, and the discussion paper Dr. Riley prepared for Senator Nolin.

reduction strategies for drug users include such measures as prescription methadone for heroin addicts, medically supervised prescription heroin programs and “safe injection rooms”, or clinics where no prescription is required. Canadian stakeholders agree that these measures are underdeveloped in Canada. Health Canada recently announced that a prescription heroin program would be tested in three major cities. The number of methadone places is said to be insufficient. Moreover, there are no safe injection rooms.

What are the implications of a harm reduction strategy for cannabis? What applications might there be for such a strategy? Harm reduction strategies related to heroin, for example, have been based on knowledge of some of the harmful effects of injecting the drug: HIV and hepatitis C for users (needle exchange programs), unsanitary conditions and risk of violence in places where the drug is injected (safe injection rooms), and petty property crime to get money to buy drugs (prescription heroin). In order to develop harm reduction strategies, we therefore have to know at least something about the ways the drug is used and its direct and indirect harmful effects. What are the harmful effects of cannabis?

We identified some of those harmful effects in Chapters 7 and 8. They include:

- risks for youth under 16 because of their physiological immaturity, in particular the immaturity of their endogenous cannabinoid system;
- risks associated with use that could be described as “occupational” (as opposed to recreational): the person uses marijuana alone, in the morning, to do school work or to carry out a job;
- risks associated with heavy, frequent use over a long period;
- risks associated with inhalation over a long period;
- risks associated with impaired driving, especially when the marijuana is mixed with alcohol.

Based on this knowledge, harm reduction strategies could be developed for cannabis:

- discourage use by youth under 16;
- detect at-risk users, especially among youth;
- provide information on the risks of inhaling and point out that deep inhalation is part of the folklore and is not necessary to obtain the effects;
- use strong measures to discourage impaired driving.

Obviously, like harm reduction strategies for other drugs, these tools are based on recognition of use and an approach that does not call for abstinence. We know full well that these two points may elicit strong reactions from those who believe that cannabis is fundamentally dangerous and may put us at odds with the current legal context.

CONCLUSIONS

Prevention is necessary. Keeping our guiding principles in mind, prevention must be part of a vision of the role of governance as a way of fostering human initiative and a vision of ethics and public health that focus on autonomy. In that sense, it is not an instrument of control, but rather a tool to help set people free. And in the case of cannabis, being set free does not mean not using, but rather having the ability to take a position on and think about the reasons for using and the ability to deal independently with at-risk behaviour.

Conclusions – Chapter 16

On prevention

- A national drug strategy should include a strong prevention component.
- Prevention strategies must be able to take into account contemporary knowledge about drugs.
- Prevention messages must be credible, verifiable and neutral.
- Prevention strategies must be comprehensive, cover many different factors and involve the community.
- Prevention strategies in schools should not be led by police services or delivered by police officers.
- The RCMP should reconsider its choice of the DARE program.

On evaluation

- Prevention strategies must include comprehensive evaluation of a number of key measurements.
- A national drug strategy should include mechanisms for widely disseminating the results of research and evaluations.
- Evaluations must avoid reductionism, involve stakeholders in prevention, be part of the program, and include longitudinal impact assessment.

On harm reduction

- Harm reduction strategies related to cannabis should be developed in coordination with educators and the social services sector.
- Harm reduction strategies related to cannabis should include information on the risks associated with heavy chronic use, tools for detecting at-risk and heavy users, and measures to discourage people from driving under the influence of marijuana.

CHAPTER 17

TREATMENT PRACTICES

With the exception of the treatment given to offenders imprisoned in federal institutions and Aboriginals, the care available to individuals who are substance-dependent is essentially the responsibility of the provinces and territories. This chapter will therefore be brief since we received only a few submissions and heard few witnesses on this question.

In order to place the discussion in context, we should begin by noting certain data concerning dependency induced by cannabis and its derivatives. We shall then examine the various forms of treatment that are available. Finally, we shall take a brief look at the state of knowledge concerning the effectiveness of these treatments.

CANNABIS DEPENDENCY

Let us first clarify the terminology. We saw in Chapter 7 that, while the word addiction is used most often to refer to those who have a problem of dependency on psychoactive substances, the WHO recommended as long ago as 1963 that this expression not be used because of its vagueness. We prefer to use the term dependency for at least two reasons. First, it is more encompassing and may include different types of addictive behaviour: substance-related (food, alcohol, illicit drugs) and activity-related (gambling, sex, extreme sports, etc.). In the cases of substances, it is also more specific, referring to both the physical and psychological components of dependency. We share the distinction made by the WHO between physical and psychological dependency:

[Translation] ... *psychic dependency is a 'state in which a drug produces a feeling of satisfaction and a psychic urge that requires period or ongoing administration of the drug in order to cause pleasure or to avoid discomfort'.*

Physical dependency is an 'adaptive state marked by the appearance of intense physical problems when the administration of the drug is delayed or its action is counteracted by a specific antagonist. These

*problems, that is the symptoms of withdrawal or abstinence, consist of symptoms and signs of a physical or mental nature that are characteristic of each drug.*¹

And third, it is a more neutral term. While dependency is described as a state induced by the prolonged and abusive consumption of a substance, addiction has a connotation of mental illness, indeed a moral connotation. Some authorities such as NIDA, for example, do not hesitate to classify addiction as a true illness that has certain genetic components. Seen in this way, drug use triggers biophysiological mechanisms that lead to addiction. Hence the focus on abstinence. Treatment programs in Canada tend to regard dependency as a bio-psychosocial phenomenon; “[h]owever, support for the various modifications of the disease model continues in some service sectors”.² It is interesting to note that more rehabilitation programs for alcoholism (51%) than programs for ‘addiction’ (47%) accept a harm-reduction strategy and thus objectives other than abstinence.³

These precisions made, the Committee noted the ambivalence in the terminology, depending on the language. The English name of the *Centre canadien de lutte contre l’alcoolisme et la toxicomanie* [Canadian centre for the battle against alcoholism and addiction] is the Canadian Centre on Substance Abuse (centre canadien sur l’abus des substances). The French title of the brochure published by the Department of the Solicitor General describing the Department’s activities is *La lutte contre la toxicomanie* [the battle against addiction] while the English title is *Countering Substance Abuse* (combattre l’abus de substances). The name of a government organization in Quebec is the *Comité permanent de lutte à la toxicomanie* [standing committee on the battle against addiction]. In addition to projecting a strong moral thrust, the French word “*toxicomanie*” evokes a vocabulary of struggle and combat, whereas the term substance abuse is more neutral and we might even go so far as to say more measured. However, the difference between the two languages cannot be explained by the lack of an appropriate noun in French: *dépendance* is the equivalent of drug addiction, and some in French even use the term addiction. A little rigour and clarity would be beneficial in light of the emotion surrounding the debate about drugs.

Having distinguished between use, at-risk use and excessive use, we feel that we should logically avoid the term drug addiction to refer to dependency induced by excessive use. Moreover, federal government departments and agencies should modify their terminology and ensure that both language versions are in accordance.

How common is cannabis dependency? In Chapter 7 we determined that physical dependency on cannabis was definitely rare and insignificant. Some symptoms of

¹ WHO (1964), *Comité d’experts des drogues engendrant la dépendance*, Technical Reports Series, No. 273, quoted in Caballero and Bisiou, *op. cit.*, pages 5-6.

² Roberts, G. and A. Ogborne (1998), *Profile: Substance Abuse Treatment and Rehabilitation in Canada*. Ottawa: Canada’s Drug Strategy, Department of Health, page 20.

³ *Ibid.*

addiction and tolerance can be identified in habitual users but most of them have no problem in quitting and do not generally require a period of withdrawal.

As far as forms of psychological dependency are concerned, the studies are still incomplete but the international data tend to suggest that between 5% and 10% of regular users (at least during the last month) are at risk of becoming dependent on cannabis. If we recall that approximately we estimated that approximately 3% or 600,000 adult Canadians have consumed cannabis in the last month and that approximately 100,000 or 0.5% use it on a daily basis; this indicates that somewhere between 30,000 and 40,000 might be at-risk and 5,000 to 10,000 might make excessive use. For 16 and 17 years old, the numbers were between 50,000 and 70,000 at-risk and 8,000 to 17,000 potentially excessive users. The data also indicated that the peak period for intensive use is between 17 and 25 years. These broad parameters indicate where to look to prevent dependency and offer treatment services for those in need.

What form does cannabis dependency take? Most of the authors agree that psychological dependency on cannabis is also relatively minor. In fact, it cannot be compared in any way with tobacco or alcohol dependency and is even less common than dependency on certain psychotropic medications. Ceasing to consume the substance for two to four weeks, which can be accompanied by certain symptoms similar to those involved in nicotine withdrawal (insomnia, irritability, perspiration, etc.), is usually sufficient to cause the symptoms to disappear. When treatment is necessary, in the case of some people, it does not take as long as and is less difficult than the corresponding treatment for dependency on alcohol or “hard” drugs. It is also worthy of note that those seeking treatment for cannabis dependency are younger than those who receive treatment for dependency on other drugs. A number of factors may explain this situation: consumption of cannabis is more a phenomenon of youth than that of other substances, reaching its peak when young people are in their early twenties and declining significantly when they reach their thirties. Young people who need treatment also display problems of multiple addiction since cannabis is not the only drug they consume.

Overcoming dependency or consumption that the user regards as abusive is often a matter of personal choice and does not necessarily require therapeutic intervention.

There is the phenomenon called spontaneous remission. Many people, when they get into their thirties either stop using drugs altogether or tone down their habit. There is an obvious phenomenon of maturity in terms of drug use.

Among long-term users, we also see the retirement phenomenon, that is these individuals become fed up of their drug-using lifestyle. These individuals lose interest in the ongoing quest for drugs and for the pleasure that these drugs can provide them. In fact, it can be equated with a type of cost benefit analysis, whereby as the individual gets older, he/she decides that the habit is no longer worth it. The individual considers that the negative impact of his/her habit is no longer worth it.⁴

⁴ Dr. Céline Mercier, testimony before the Senate Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, Thirty-Seventh Parliament, First Session, December 10, 2001, Issue 12, page 9.

While most people who experience substance abuse problems do not receive help, there is good evidence that people exposed to some types of treatment subsequently reduce their use of psychoactive substances and show improvement in other life areas. In general, treatment outcomes are improved when appropriate treatments are also provided for significant life problems (communications problems, lack of assertiveness, unemployment).⁵

There is every reason to believe that, as far as cannabis is concerned, most problem users do not make use of the various forms of treatment and probably do not need any, firstly because the effects of cannabis are not as marked as those of other drugs and secondly, because cannabis users are more likely to be integrated into society than hard-drug users, which enables them to make use of their natural support groups. The third reason, in our view, why most cannabis users can avoid the trajectory of dependency is the fact that its use is not associated with “degenerate addiction” in the view of society or in the popular imagination, unlike the use of heroin, for example. Furthermore, a Canadian study has indicated that “few (3%) users of illicit drugs, identified in a population survey, reported seeking any kind of help for drug problems.”⁶

Nevertheless, as in the case of any psychoactive substance, some people opt for or need treatment.

It has in fact been observed in groups undergoing treatment - and this is a theory - that there are two groups of people trying to stop using. First, there are people who have mainly used opiates on a regular basis for six or more years. Second, there is the group of users who have been using for two years or less and no longer want to deal with the secondary effects of drugs.⁷

The decision to seek treatment is determined in particular by the increase in social and personal problems that use of a substance may cause and by the fact that it is often combined with problems of a psychiatric nature.⁸ Women systematically make fewer requests for specialized drug and alcohol treatment services; this situation can be explained by the fact that fewer services are available and women are otherwise looked after by traditional psychiatric services.

However, people do not always choose or at least not totally. Family pressures or pressure in the work place and, in some cases, orders made by judges are only some of the factors that lead people to seek treatment. Furthermore, little is known about the trajectories of people who abuse drugs and especially those who seek treatment for the problem. For example, we do not know to what extent the search for treatment is more the result of other earlier problems—family or psychiatric problems—than of the actual use of the substance itself. In the case of drug users who also have problems with the

⁵ Robert, G. and A. Ogborne (1999) *Best Practices: Substance Abuse Treatment and Rehabilitation*, Ottawa: Canada's Drug Strategy, page 9.

⁶ Roberts and Ogborne (1999) *op. cit.*, page 59.

⁷ Dr. Céline Mercier, *ibid.*

⁸ Roberts and Ogborne, *op. cit.*, page 60.

law and a career of delinquency, deviant and delinquent behaviour often precedes the start of a trajectory of drug dependency, as we saw in Chapter 6. Demand for treatment in these cases will result at least as much from a desire – or indeed obligation – to put an end to a criminal career as from the detrimental effects of using the substance.

Can people be forced to seek treatment? That was one of the questions raised by the introduction in France of a requirement to seek care in the 1970 Law respecting narcotics, which has now taken the form of a therapeutic injunction,⁹ and of drug courts in Canada, as we saw in Chapter 15.

Certain sections of the *Criminal Code* deal with the issue of requiring offenders to seek treatment for problems related to alcohol and drugs. For example, where a court is making a probation order, it has the discretion to require, as a condition to the probation order that:

- The offender, if he or she agrees, participate actively in a treatment program approved by the province, subject to the program director's acceptance; and
- The offender visit a treatment facility for assessment and curative treatment in relation to the consumption by the offender of alcohol or drugs that is recommended pursuant to the program (where a program has been established in a province).¹⁰

In addition, when a court imposes a conditional sentence, one of the optional conditions of the probation order may be that the offender participate in a treatment program approved by the province.¹¹

If a person has not been convicted of a criminal offence, it is unlikely that a court will order treatment for alcohol or drug problems, with some exceptions. For example, persons falling under the authority of provincial mental health legislation may be detained because of mental health problems. Such legislation regulates and limits when a person may be confined against their will.

The reluctance of courts to detain a person for substance abuse problems is illustrated in the Supreme Court of Canada decision in *Winnipeg Child and Family Services (Northwest Area) v. G. (D.F.)*.¹² In this case, a young Aboriginal was five months pregnant with her fourth child and was addicted to glue sniffing, a practice which may damage the nervous system of the developing foetus. The Winnipeg Child and Family Services requested assistance from the courts to involuntarily secure the mother in treatment. The case revolved around the issue of the rights of the unborn child, and the Supreme Court of Canada found that neither tort law nor the court's *parens patriae* jurisdiction supported an order for the detention and treatment of a pregnant woman for the purpose of preventing harm to the unborn child.

⁹ We describe the French system in greater detail in Chapter 20.

¹⁰ *Criminal Code*, paragraphs 732.1(3)(g) and (g.1).

¹¹ *Criminal Code*, paragraph 742.3(2)(e).

¹² [1997] 3 S.C.R. 925.

In France, the therapeutic injunction has been harshly criticized, especially because it involves enforced treatment. The question is still open despite the guarded assessments that have been made of the results of this practice.¹³

*The therapeutic injunction system has been in place in France since 1970. A study by a colleague at the Institut national de santé et de recherche médicale, in France, showed that many people fell through the cracks because of the therapeutic injunction forcing them to follow a treatment program. These people were never treated, because there were not enough places or follow-up. If we want to set up drug courts in Canada, we shall have to plan effectively and organize consultation mechanisms with the treatment systems to ensure that the required treatment services are available. If we fail to do this, setting up drug courts will be nothing more than a sham, if the people requiring treatment fall through the cracks of the system.*¹⁴

It is estimated that approximately 10% of the offenders imprisoned in federal institutions are there for offences under the *Controlled Drugs and Substances Act*. Moreover and more importantly, it is estimated that at least 50% of all inmates, whether in provincial prisons or federal detention centres, have dependency problems (drugs and alcohol).¹⁵ Generally, few of these inmates receive any kind of treatment. In the United States, studies indicate that fewer than 10% of inmates receive treatment for dependency problems while they are in prison.¹⁶

In the case of provincial institutions, this situation can be explained by the short duration of the sentences and by the budget cuts made in correction institutions in the early 1990s. In the case of federal institutions, treatment programs are available but they are still very far from meeting the needs. Furthermore, it may be somewhat ironic to offer treatment programs in institutions where drugs circulate freely and where it is not uncommon for the inmates to have access to cannabis in particular.

Nevertheless, the treatment offered to inmates is an essential component of their reintegration into society given the magnitude of the problems caused by dependency on drugs, especially harder drugs, and alcohol.

One final comment: some of the people who appeared before us observed that in certain cases cannabis maintenance could be used in combination with other forms of withdrawal and treatment for dependency on opiates.¹⁷ To the best of our knowledge, there are no studies on the subject—for good reason! However, we should note, as we did in Chapter 5, that cannabinoid and opioid systems engage in complex interactions,

¹³ Simmat-Durand, L. (1999), “Les obligations de soins en France”, in Faugeron, C., (ed.) *Les drogues en France. Politiques, marchés, usage*, Paris: Georg.

¹⁴ Dr Serge Brochu, Professor in the School of Criminology at the Université de Montréal, testimony before the Senate Special Committee on Illegal Drugs, Senate of Canada, Thirty-Seventh Parliament, First Session, December 10, 2001, Issue 12, page 25.

¹⁵ Brochu, S. (1995) *Drogues et criminalité. Une relation complexe*. Montréal : Université de Montréal.

¹⁶ Lipton, D.S. (1995) *The effectiveness of Treatment for Drug Abusers Under Criminal Justice Supervision*. Washington, DC: National Institute of Justice.

¹⁷ Among others at a private meeting with staff of the Vancouver Compassion Club.

and we may be justified in assuming that the consumption of Δ 9-THC could cause a dopaminergic response that could reduce opiate withdrawal.

FORMS OF TREATMENT

The 1992 study by Single on the cost of alcohol and drug abuse estimated the cost of specialized treatment for dependency at approximately \$290 million. But it would be misleading not to specify that the largest share of treatment dollars is for alcohol: in the case of residential treatment, \$180 million was for alcohol and \$21 for illicit drugs and in the case of non residential treatment, \$82 for alcohol and \$8 for drugs.¹⁸

Most of this money is provided by the provinces and territories. The federal government directly funds rehabilitation for members of the First Nations living on reserves, members of the RCMP and the Armed Forces, inmates in federal institutions and those who have not lived long enough in a province to qualify for the provincial health insurance plan.

This said, the limited resources devoted to treatment of dependency and the growing pressures in terms of the number and diversity of clients, mean that the availability of treatment is limited.

*Many agencies have received significant cutbacks in recent years. Possibly exacerbating the situation, substance abuse organizations are increasingly being asked to address problem gambling. ... Similarly, Bill C-41, which permits court-ordered substance abuse discretion, has an impact on substance abuse treatment at a judge's assessment and treatment resources.*¹⁹

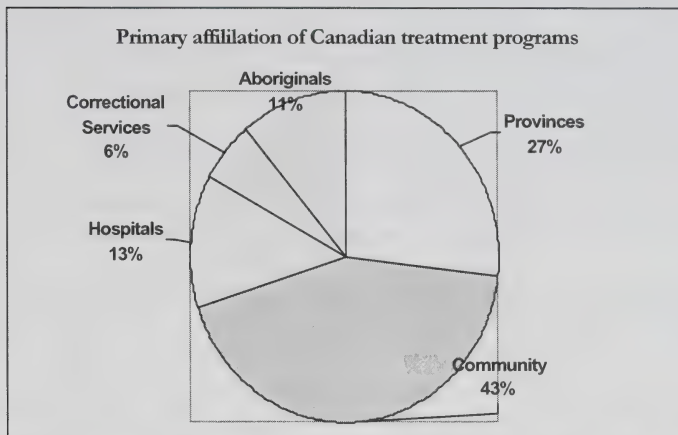
It is probably not an exaggeration to say that the area of addiction treatment is totally fragmented among the individual practices used by therapists, support and assistance groups, such as addicts anonymous, and therapeutic communities; and among pharmacological, cognitivist and behavioural approaches, psychoanalytic, humanist and systemic approaches; among the proponents of freedom of choice for the user and those who promote enforced treatment. Virtually every possible approach to and form of treatment is available.

Recent reports produced for Health Canada bear witness to this. The Profile of Substance Abuse Treatment programs indicates that in 1998 there were at least 1,200 different treatment programs and approximately 7,200 professional counsellors across the country.²⁰ Included in these figures are outpatient, day or evening treatment, short-term and long-term residential, outreach and crisis treatment programs. The breakdown by province and territory may indicate where priorities are set.

¹⁸ Single, E., et. al., *op. cit.*, page 42.

¹⁹ Roberts, G. and A. Ogborne, *op. cit.*, page 23.

²⁰ *Ibid.*, page 6.

Substance abuse treatment services offered across Canada²¹

	Outpatient	Day/Even. Treatment	Short-term residential	Long-term residential	Outreach	Crisis	Total
Nfld	13	2	5	0	2	7	29
NS	9	7	7	6	9	4	42
PEI	2	1	1	1	1	2	8
NB	5	3	3	2	3	5	21
Qc	72	52	59	43	48	44	318
Ont	110	55	43	51	61	64	384
Man	12	5	8	10	8	10	53
Sask	24	9	10	5	14	14	76
Alta	41	22	22	13	14	27	139
BC	128	43	39	28	70	77	385
NWT	7	5	3	2	7	7	31
Yukon	2	1	2	0	0	2	7
TOTAL	425	205	202	161	237	263	1493

The primary affiliation of these programs also gives an indication of their orientation. Fully 43% of existing treatment programs are community-based. One of the implications of this fact is that funding is never secure. Overall, the programs may be broken down as follows:²²

²¹ *Ibid.*, page 8.

²² *Ibid.*, page 14.

In terms of the therapeutic approaches used, 31% make use of confrontation and 40% of psychotherapy, but there are very broad differences between individual provinces and territories and even within a given province.²³

EFFECTIVENESS OF TREATMENT

Once again we should stress the fact that we are not able to discuss specific treatments for cannabis dependency. To our knowledge, no study assessing the effectiveness of these treatments has been completed. Furthermore, of all the treatment and rehabilitation programs that exist in Canada, approximately 14% have been the subject of independent assessments.²⁴

Despite the lack of systematic data, it may be possible to state that approaches to treatments for drug dependency are primarily cognitivist and behaviourist in nature. In the cognitivist approaches, an attempt is made primarily to increase the awareness of the fact that a dependency problem exists: objective information and mechanisms of introspection are used to facilitate this awareness. In the behaviourist approaches, the treatments are designed to facilitate changes in lifestyle. It is known, in fact, that drug taking is part of a way of life revolving around a group of acquaintances and involving the frequentation of specific locations. Changing these patterns will help to create a lifestyle in which these drugs are not used.

How effective is this approach? Most of the authors who have examined dependency treatment programs agree in saying that, beyond the humanistic

²³ *Ibid*, page 22.

²⁴ *Ibid.*, page 15.

dimensions of the treatment, there is a pool of knowledge indicating that they are relatively effective.

More specifically, most of the studies including those conducted in Quebec show that people who seek assistance in rehabilitation centres show improvement.

*[Translation] ... the people who undertake a rehabilitative approach as part of the services offered in Quebec improve their situation ... this improvement is maintained for a period of six months to one year following the treatment. That is a positive and reassuring result. These results are to the same effect as a very large number of other studies conducted for the most part over the last twenty years.*²⁵

In technical terms, the studies do not permit the conclusion that one approach is any more effective than another. The report prepared for Canada's Drug Strategy describes two mega-summaries of assessments of 24 different methods of treatment conducted in the United States and shows that, while the two groups of researchers agree on the effectiveness of a number of forms of treatment, they do not, on the other hand, agree entirely on the order in which they should be placed. We reproduce below the part of the table that shows the most effective approaches.²⁶

Classification of effective methods of treatment according to two groups of authors			
Holder Index	Method	Method	Finney and Monahan Index
18	Social skills training	Community reinforcement approach	59
17	Self-control training	Social skills training	37
13	Brief motivational training	Marital therapy, behavioural	36
12	Marital therapy, behavioural	Disulfiram, implants	34
6	Community reinforcement approach	Marital therapy, non-behavioural	21
6	Stress management training	Stress management training	12
3	Disulfiram, oral	Aversion therapy, chemical	3
3	Aversion therapy, covert sensitization	Psychotropic medication, anti-depressant	2

The studies do not permit us to conclude that the treatment as such makes a difference and, for some of the authors, the decision to register in a treatment program, no matter what form of treatment, would be more conclusive. The studies do not enable us to determine the ideal duration of treatment, but it would appear that the

²⁵ Michel Landry, *The impact on addicts of the treatments offered in Quebec*. Brief submitted to the Senate Special Committee on Illegal Drugs, November 2001.

²⁶ Roberts and Osborne (1999) *op. cit.*, page 9. Note that these treatments apply to all forms of dependency while most assessment studies relate to alcoholism.

effects of treatment level off after 9 to 12 months. In addition, it is difficult to determine the impact of the intensity of the treatment (how many hours per day, days per week).

Finally and most importantly, the positive impacts relate primarily to consumption habits and to the person's general psychological state. However, the treatments apparently have little effect on the reintegration of the individuals into society, which is a particularly important factor in the case of offenders.

As a final point, treatment is more effective and certainly less expensive than incarceration. In Canada, it is estimated that the cost of applying the drug court process is approximately \$4,500 per person whereas imprisonment costs an average of \$47,000. Even with a success rate of 15%, there can be no doubt that treatment both benefits society and better reflects the real needs of offenders who have problems of dependency.

Speaking more generally, cost-benefit ratio of the treatment has been recognized:

Evidence for the economic benefits of treatment for problems with drugs other than alcohol comes from a large study of drug treatment in the United States (Hubbard et al., 1989). This study involved more than 10,000 drug users and 37 treatment programs that represented three main treatment modalities: methadone maintenance treatment, drug-free outpatient counselling and therapeutic community. ... Two summary measures of these costs were developed: costs to law-abiding citizens, and costs to society. The cost to law-abiding citizens included those associated with crime-related property loss or damage, reduced productivity because of injury or inconvenience occasioned by drug-related crime, and the costs of criminal justice proceedings. Costs to society included cost to victims of drug-related crime, criminal justice costs and "crime/career/productivity costs" incurred when drug users are not involved in earning a legitimate income. The results showed that, in the population studied, both types of costs were lower after treatment than before and that pre-post differences in costs exceeded the costs of treatment.²⁷

²⁷ Roberts and Ogborne, (1999) *op. cit.*, page 68.

CONCLUSIONS

Conclusions of Chapter 17

- The expression drug addiction should no longer be used and we should talk instead of substance abuse and dependency.
- Between 5% and 10% of regular cannabis users are at risk of developing a dependency.
- Physical dependency on cannabis is virtually non-existent.
- Psychological dependency is moderate and is certainly lower than that for nicotine or alcohol.
- Most regular users of cannabis are able to diverge from a trajectory of dependency without requiring treatment.
- There are many forms of treatment but nothing is known about the effectiveness of the different forms of treatment for cannabis dependency specifically.
- As a rule, treatment is more effective and less costly than a prison sentence.
- Studies of the treatment programs should be conducted, including treatments programs for people with cannabis dependency.
- Studies should be conducted of the interaction between the cannabinoid system and the opioid system.

CHAPTER 18

OBSERVATIONS ON PRACTICES

In previous chapters, we described public action by dividing it up into the major sectors of involvement. Before closing the third part of this report, we would like to make some general observations that cut across the individual areas we have examined. The first concerns difficulties in harmonizing the various levels and sectors of involvement; the second, the difficulty in co-ordinating their various approaches; and the third, the costs of drugs and public policy.

DIFFICULTIES IN HARMONIZING THE PLAYERS

Without reopening the debate on the division of power and responsibilities among the various levels of government, we consider it obvious that any public policy on illegal drugs, and cannabis in particular, applies to all three levels. Drugs affect education and health (primarily provincial jurisdictions), justice (a responsibility shared between the federal and provincial governments), public well-being and public safety (which involve all three levels), international relations (a federal responsibility), and even culture, science and research (essentially provincial). Thus we are attempting to make our way through a field that is at least tangled, if not chaotic.

Co-ordinating mechanisms do exist. On the most formal level, the federal-provincial-territorial Deputy Ministers of Health Working Group is responsible for co-ordinating the drug strategy. But we know almost nothing about their discussions, which are held *in camera*, or any concrete results.

The Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) is another coordinating mechanism, but only a few provinces have equivalent partners (Ontario, Manitoba, Alberta and Quebec, with some reservations). And the Centre has neither the budget, the infrastructure nor even the legitimacy, which it would derive from a clear mandate, needed to initiate a genuine national dialogue on the issue.

Yet another coordinating mechanism is the Health, Education and Enforcement in Partnership (HEP) network. Established in 1994 by the CCSA, the HEP network is rooted in the balanced approach of Canada's Drug Strategy: seeking an equilibrium between supply reduction and demand reduction. HEP unites key players in the health

and enforcement fields in this common focus and includes other partners, notably in education, social services, correctional services and justice. On a national level, its Steering Committee is composed of representatives of the Addictions Foundation of Manitoba, the Canadian Association of Chiefs of Police (co-chair), the Canadian Centre on Substance Abuse (co-chair), the Correctional Service of Canada, the Canadian Federation of Municipalities, Health Canada, Justice Canada, the National Centre for Crime Prevention, the RCMP and the Solicitor-General. How many readers of this report, even among those actively engaged in the drug field, are aware of this partnership, its achievements, actions and benefits?

In Chapter 14, we examined the disparate response of police services across the country to the application of the law—between regions, provinces and territories and, within provinces and territories, between cities. In Chapter 15, we noted that all the evidence suggests that the same holds true of the judicial response. Chapters 16 and 17, on preventive practices and treatment respectively, described the same unequal or fragmented approaches.

In a federation like Canada, it is to be expected that differences in practice and direction will co-exist. How the issue of cannabis is seen and dealt with will not be the same in the greater Vancouver area, with its explosion of growers, as in Quebec, with its criminal motorcycle gangs, or as in Prince Edward Island, which has almost no problems with production or even with abuse of cannabis. The difficulties experienced in the downtown cores of major cities are not those of smaller urban centres. And First Nations people have their own quite specific problems.

Nevertheless, among other effects, the difficulties in harmonizing the action of different levels of government mean in concrete terms that:

- ❖ Results of a successful experiment in prevention conducted in one area of the country will not reach the players in another part.
- ❖ Therapeutic practices that have been proven to be ineffective will continue to be used elsewhere because the information is not circulated.
- ❖ There is no national knowledge infrastructure on use and use trends; for example, the few studies that have been conducted in school environments are not comparable and are not (all contemporary?).
- ❖ Some cities have adopted policies based on the idea of a drug-free society while others are focused on harm reduction.

Notably absent in the development of public policy is the civil society, especially community-based organizations (rehabilitation organizations, for example) and also user self-help support groups (including compassion clubs and groups of users of cannabis for therapeutic purposes).

The hyperbola that would make drugs into a bigger social issue than they actually are aside, it remains that the use of psychoactive substances, legal or illegal, and the resulting problems of dependency that may follow, concern every citizen, every level of

government, throughout the country. This is a *national issue*. That, unquestionably, the future and quality of our health system, the protection of our national interests and security, the quality of education and the protection of the environment are even more important issues does not mean that drugs are not a *national priority*. Or should be, at least. Quite apart from its social and economic consequences, which will be discussed later, the drug issue should be a priority because it concerns the education of children and adolescents, affects the quality and safety of living environments, and causes suffering and wasted lives. Granted that this is not so much the case for cannabis, whose social and economic effects cannot be compared to those of alcohol, but, while agreeing that cannabis calls for a different approach, we cannot isolate it from other psychoactive substances. We need to develop a comprehensive national policy on drugs and addiction, within which cannabis would have a place.

Better harmonization among levels of government and with civil society would allow us to lay the foundations of a shared understanding of the issues presented by psychoactive substances, and above all to develop a common set of indicators for assessing the effectiveness of policies and actions.

INCONGRUITIES OF APPROACH

Some myths are long-lived. Although not supported by the empirical research we have examined, images of cannabis leading to use of hard drugs, damaging brain functions permanently, or causing academic failure, to name but these few, continue to abound.

We are well aware that there is no international consensus among researchers on these issues. But we are equally aware that it is difficult to alter preconceptions. Last year, at an international scientific conference in Europe, whose results we have already cited, some participants concluded that, although a consensus was emerging in the research community, its existence was irrelevant because all the countries represented were signatories of international conventions on drugs. One always finds ways to circumvent reality when it does not fit ideology.

Let there not be finger-pointing. Those who most frequently hold these beliefs about cannabis are also those who are confronted daily with the negative effects of drug abuse: crime and violence for the police officer on the beat; human misery for those in therapeutic practice. Their view of drugs, of cannabis in particular, is naturally coloured by their experience, which puts them in situations of contact with abuse, distress, violence and death. But those users who require treatment are no more representative of the cannabis user population than are the street kids and petty offenders the police see constantly.

Clearly, what is required is a bridge, an intermediary between the worlds of research and the front lines, between decision-makers and field workers and between

them all and civil society. While the research is not perfect, while we deplore the lack of a truly national system of information, the information is, nevertheless, there in quantity, as we have had occasion to observe in the course of our proceedings. But it needs wide circulation, and above all it needs to be the subject of public debate and discussion. The CCSA could disseminate this information and promote discussion, were it given the resources - a role it has never had the means to play.

The researchers themselves must bear some of the responsibility for the situation. They tend not to care whether their work reaches those in positions of power or whether it is distributed in political forums or in the field. Some are still shackled to the idea of "academic freedom," thinking that their involvement in the worlds of decision-making and practice will contaminate the objectivity of their research. It is thus not surprising that knowledge of the players on the ground is limited to what their experience provides; nor are the institutions to which they belong necessarily equipped to systematize and contextualize such knowledge either.

We have observed a serious gulf between the positions taken by the research community and those taken by front-line workers, including the police and the therapeutic community. It would be too easy to reduce the position of the practitioners to "corporate" interests. There is a need for basic discussion and exchange, which is not happening among the various players; and too often the experience-based knowledge derived from practice has no legitimacy in the eyes of the scientific community, though this is the knowledge that attracts the attention of the decision-makers, the media and the general public.

In practice, glaring contradictions arise between the discourse and the approach of the two sides. While young people hear about the potential therapeutic value of cannabis and about decriminalization, they see police operations in the schools and listen to classroom lectures on its dangers. While the primary targets of police action are supposed to be the traffickers, young people read that thousands of people are arrested every year for simple possession of marijuana. While images of junkies destroyed by heroin are flashed in the media, young people also hear that it is available by prescription. And drug users continued to be picked up by the police as they leave needle-exchange clinics. Caught between these contradictory words and actions, how should they know what to think?

These incongruities are exacerbated by the imbalance in power and resources. Non-profit groups that provide cannabis for therapeutic purposes talked about this at length: their credibility with law-enforcement agencies is often hard earned, built over time, with a few individual members of the police. They are well aware that their status is precarious and that they might have to "bail out" at any moment. Public health agencies that attempt to foster discussion and introduce harm-reduction practices are equally aware that they are operating at the outer limits of the law and that their actions are not universally supported. Researchers who wish to study the therapeutic applications of cannabis are restricted by the present system of prohibition.

In the case of alcohol, a decision-making structure exists to give a relatively equal voice to the various players involved. It includes the agencies that regulate production, distribution and sale, the public health organizations that work to reduce at-risk behaviours and clarify the determinants of abuse, the justice system that intervenes to prevent smuggling and arrest those irresponsible people who drive while impaired. The co-operation and dialogue among these players is close and constant, and there are even formal channels for co-operation and dialogue with the distilling and brewing industries. The result, by and large, is uniform practices and views, although this is not to imply that all problems have been solved. But in the field of illegal drugs, there is nothing like this. Dialogue where certain words cannot be spoken or ideas expressed, where certain decisions can never be made and resources are so unequally shared among the players, is merely empty an exercise meant to give the illusion that something is being achieved.

SIGNIFICANT ECONOMIC AND SOCIAL COSTS ¹

In 1996, the Canadian Centre on Substance Abuse published the first study on costs related to alcohol, tobacco and drug abuse in Canada.² Estimating costs raises difficult technical questions: what should be included, and how should each element be measured? The very analysis of public drug policies is predicated on the assumption that a number of the associated social costs can be reduced, if not eliminated altogether. These costs are of two major types: those associated with public policy, primarily the cost of prevention and suppression, as well as those of administering the policy; and the costs that would be avoided if the problems stemming from substance abuse were eliminated—the so-called “counter-factual” scenario. In these, the effects of drugs are treated as social costs, that is, as a diminution of the collective well-being. This amounts to saying that all the costs of drug abuse are social costs, or what economists call “externalities” or “spill-overs” – secondary rather than primary consequences.

Moral considerations aside for the moment, there is no doubt that use of drugs can have certain benefits—albeit short-term and to some extent non-rational ones—for the users, and even for those around them. Hyperactive individuals calmed by cannabis, those whose productivity is enhanced by the use of cannabis or whose mental or physical suffering is attenuated, or those who smoke a joint in the evening to relax or

¹ For an excellent discussion of these analyses and for some of the best studies on the subject, see the report prepared for this committee by Jackson, A.Y. (2002) *Costs of drugs and drug policy*. Ottawa, Library of Parliament, report produced for the Senate Special Committee on Illegal Drugs, available online at www.parl.gc.ca/illegal-drugs.asp.

² Single, E. *et al.*, (2002) *The Costs of Substance Abuse in Canada: a cost estimation study*. Ottawa, Canadian Centre on Substance Abuse.

help them sleep and are in better shape to work the next day as a result, are just a few examples. And they are not unusual cases.

From another point of view, the underground drug economy, not trafficking on a major scale, but small-scale neighbourhood supply, whether in poorer or wealthier areas, generates certain economic benefits and even some capacity to integrate socially. Entire families are supported by small-scale dealing. Houses, cars, travel and luxury clothing are financed by drug sales. The amount of the wealth they generate can be illustrated by the example of British Columbia. In this province alone the cannabis-based economy is estimated to be worth \$6 billion annually. It can be assumed that a major part of this revenue, let us say half, goes to people who are otherwise well integrated socially and are not part of the criminal culture.

The analysis of social costs based only on externalities does not take into account the drug economy.

Ultimately it rests on another hypothesis, equally difficult to defend, which is that the money saved if the social costs of drug use were reduced could be invested elsewhere; in economic theory these costs are known as “opportunity costs”. However, money saved on enforcement of cannabis laws would probably be redistributed within the police organization; other social costs might also arise from the substitution of other substances.

Having set out these caveats, Single’s study produced the following table³.

Total cost of alcohol, tobacco and illegal drugs in Canada, 1992

	Alcohol	Tobacco	Drugs	Total
1. Direct health care costs: total	\$1,300.6	\$2,675.5	\$88.0	\$4,064.1
1.1 morbidity-general care hospitals	666.0	1,752.9	34.0	2,452.9
-psychiatric hospitals	29.0	--	4.3	33.3
1.2 co-morbidity	72.0	--	4.7	76.7
1.3 ambulance services	21.8	57.2	1.1	80.1
1.4 home care	180.9	--	20.9	201.8
1.5 outpatient treatment	82.1	--	7.9	90.0
1.6 ambulatory care: doctors’ fees	127.4	339.6	8.0	475.0
1.7 prescription medications	95.5	457.3	5.8	558.5
1.8 other health care costs	26.0	68.4	1.3	95.8
2. Direct losses in the workplace	14.2	0.4	5.5	20.1
2.1 EAP and health promotion programs	14.2	0.4	3.5	18.1
2.2 drug testing in the workplace	N/A	--	2.0	2.0
3. Direct administrative costs for transfer payments	52.3	--	1.5	53.8
3.1 social assistance benefits and other programs	3.6	--	N/A	3.6

³ Single, E. *et al* (1996) *op. cit.*

REPORT OF THE SENATE SPECIAL COMMITTEE ON ILLEGAL DRUGS: CANNABIS

	Alcohol	Tobacco	Drugs	Total
3.2 workers' compensation	48.7	--	1.5	50.2
3.3 other administrative costs	N/A	N/A	N/A	N/A
4. Direct costs for prevention and research	141.4	48.0	41.9	231.1
4.1 research	21.6	34.6	5.0	61.1
4.2 prevention programs	118.9	13.4	36.7	168.9
4.3 training costs for doctors and nurses	0.9	N/A	0.2	1.1
4.4 costs for behavioural modification	N/A	N/A	N/A	N/A
5. Direct costs of law enforcement	1,359.1	--	400.3	1,759.4
5.1 police	665.4	N/A	208.3	873.7
5.2 courts	304.4	N/A	59.2	363.6
5.3 correctional services including probation	389.3	N/A	123.8	513.1
5.4 customs and excise	N/A	N/A	9.0	9.0
6. Other direct costs	518.0	17.1	10.7	545.8
6.1 damages due to fire	35.2	17.1	N/A	52.3
6.2 damages due to traffic accidents	482.8	--	10.7	493.5
7. Indirect costs: loss of productivity	4,136.5	6,818.8	823.1	11,778.4
7.1 loss of productivity due to illness	1,397.7	84.5	275.7	1,757.9
7.2 loss of productivity due to death	2,738.8	6,734.3	547.4	10,020.5
7.3 loss of productivity due to crime	--	--	N/A	N/A
Total	7,522.1	9,559.8	1,371.0	18,452.9
Total % of GDP	1.09%	1.39%	0.20%	2.67%
Total per capita	\$265	\$336	\$48	\$649
Total % of all costs related to substances	40.8%	51.8%	7.4%	100.0%

An examination of these data indicates:

- In 1992, the costs associated with all illegal drugs were \$1.4 billion, compared with \$7.5 billion in the case of alcohol and \$9.6 billion in the case of tobacco.
- Expressed as a percentage of the gross domestic product, the total costs for all substances was 2.67%. Of this, 0.2% was for illegal drugs, 1.09% for alcohol and 1.39% for tobacco.
- The principal costs of illegal drugs are externalities, that is, loss of productivity (\$823 million), health care (\$88 million), losses in the workplace (\$5.5 million), for a total of about 67% of all costs related to illegal drugs.
- The cost of public policies, or opportunity costs, represent about 33% of what.

- The cost of enforcing the law represents about 29.2% of all costs, or about 88% of all policy costs. The balance goes to prevention, research and administration.

Previous studies conducted in British Columbia (1991), Ontario (1988) and Quebec (1988), using different methodologies, established costs of \$388 millions, \$1.2 billion and \$2 billion respectively, for a total cost of \$3.5 billion for these three provinces alone.⁴ These figures demonstrate the extent to which such estimates can vary, according to the methodology selected and the availability of data.

Nevertheless, with the CCSA study taken as the standard, two comments must be made. First, loss of productivity—the major cost—is measured in mortality (\$547 million) and morbidity (\$275 million). Except in the case of traffic fatalities, cannabis is not a cause of death and involves none of this type of social cost. Morbidity corresponds to losses attributed to problems caused by drug use as measured by the difference between the average annual income of users and of the population in general. Here, two further observations about cannabis should be noted. A large proportion of cannabis users are young people who are not yet part of the workforce; and cannabis use involves none of the addiction and attendant problems that follow from heroin or cocaine use. It is, therefore, the costs that can be attributed to cannabis in this regard are likely minimal. If one accepts the methodology of the authors, **cannabis in itself entails few externalities**, which are the main measures of the social cost of illegal drugs.

However, it should also be noted that the study did not calculate the costs of substance-related crime. Alcohol is well known for its frequent association with crimes of violence (at least 30% of all cases), as well as with impaired driving, which results in major social and economic losses. Crime related to illegal drugs is of several types: organized crime, of course; crimes against property committed in order to pay for drugs, true mainly in the case of heroin and cocaine; and crimes of violence committed under the influence of drugs. With the exception of organized crime and driving under the influence, cannabis involves few of the factors that generate criminal behaviour.

Secondly, according to Single's study, the main cost of illegal drugs, after loss of productivity, is the cost of law enforcement, which the study estimates at approximately \$400 million. In Chapters 14 and 15, we noted that police and court costs are certainly much higher than this figure, and probably total between \$1 billion and \$1.5 billion. As Single *et al* state, these are costs that "are incurred as a conscious decision by policy makers, as opposed to those costs imposed on the treatment system and on industry as a result of substance-related morbidity and mortality."⁵ The proportion of these costs attributable to cannabis is, obviously, impossible to determine for certain. But, insofar as 77% of all drug-related offences involve cannabis, and of these 50% involve simple possession, and given that about 60% of incidents result in a charge, of which some

⁴ Single, E. *et al*, *op.cit.*, page 15.

⁵ *Ibid.*, page 57.

10% to 15% of cases the accused receives a prison sentence, it is clear that a considerable proportion of the drug-related activity addressed by the penal justice system is concerned with cannabis. While admitting this to be a very rough estimate, we suggest that about 30% of the activity of the justice system is tied up with cannabis. On the basis of our estimates and the lowest cost of law enforcement, or \$1 billion, it costs about \$300 million annually to enforce the cannabis laws.

In effect, the main social costs of cannabis are a result of public policy choices, primarily its continued criminalization, while the consequences of its use represent a small fraction of the social costs attributable to the use of illegal drugs.

Next to this, the costs of prevention and research pale into insignificance. Single estimates them at approximately \$42 million in 1992, at the height of Canada's Drug Strategy – a strategy that ceased to be funded after 1997. Far from increasing since then, it is probable that expenditures for prevention and research have decreased as a proportion of the total social cost of drugs.

At several points in this report, we have spoken about the Canadian Centre on Substance Abuse, pointing out both its lack of visibility and legitimacy and its lack of resources the two being related. The economic and social costs of illegal drugs alone on the order of \$1.5 billion (which in light of our estimate of the costs of suppression alone is certainly the floor), the annual budget of the CCSA represents a mere 0.1% of them! Considering that the CCSA's mandate is to facilitate everything we have just been discussing, and to serve as a clearing-house for information, practical experience and best practices, there is good reason to wonder whether successive governments have not failed to put their money where their mouth is in their approach to the drug issue. The social costs of alcohol, a substance that also falls within the CCSA's purview, have not even been included in this calculation, though they are at least seven times greater than those of illegal drugs! This is why it is imperative to raise the proportion of funding to the CCSA from 0.1% to 1%—a drop in the bucket for the federal government that would produce inestimable benefits.

CONCLUSIONS

Conclusions of Chapter 18	
Harmonization	<ul style="list-style-type: none"> ➤ The lack of any real national platform for discussion and debate on illegal drugs prevents the development of clear objectives and measurement indicators. ➤ The absence of a national platform makes exchange of information and best practices impossible. ➤ Practices and approaches vary considerably between and within provinces and territories.

Co-ordination of approaches

- The conflicting approaches of the various players in the field are a source of confusion.
- The resources and powers for enforcement are greatly out of balance compared with those of the health and education fields and the civil society.

Costs of cannabis

- The costs of all illegal drugs had risen to close to \$1.4 billion in 1992.
- Of the total costs of illegal drugs at that time, externalities (social costs) represented 67% and public policy costs 33%.
- We believe both the social costs of illegal drugs and the public policy costs to be underestimated.
- We estimate the cost of enforcing the drug laws to be closer to \$1-1.5 billion per annum.
- The principal public policy cost relative to cannabis is law enforcement and the justice system; we estimate this to represent a total of \$300-\$500 million per annum.
- The costs of externalities attributable to cannabis are probably minimal (no deaths, few hospitalizations, and very little loss of productivity).
- The costs of public policy on cannabis are disproportionately high given the drug's social and health consequences.

Under-funding of the CCSA

- The Canadian Centre on Substance Abuse is seriously under-funded; its annual budget amounts to barely 0.1% of the social costs of illegal drugs alone (alcohol not included). Its budget should be increased to at least 1%; that is, approximately \$15 million per annum.
-

Sénat



Senate

CANADA

LE CANNABIS : *POSITIONS POUR UN RÉGIME DE POLITIQUE PUBLIQUE POUR LE CANADA*

**RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT
SUR LES DROGUES ILLICITES**

VOLUME II : PARTIE III

PRÉSIDENT

PIERRE CLAUDE NOLIN

VICE-PRÉSIDENT

COLIN KENNY

SEPTEMBRE 2002

TABLE DES MATIÈRES

GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES

INTRODUCTION 1

PREMIÈRE PARTIE – ORIENTATIONS GÉNÉRALES 5

CHAPITRE 1 – NOTRE MANDAT	7
LIBELLÉ	7
ORIGINES	9
NOTRE COMPRÉHENSION	11
CHAPITRE 2 – NOS TRAVAUX	13
DEUX PRINCIPES DE TRAVAIL	14
L'ÉTAT DES CONNAISSANCES	15
Le programme de recherche	19
Audiences de témoins experts	20
Le défi de la synthèse	22
TENIR COMPTE DES OPINIONS	23
INTERPRÉTER À LA LUMIÈRE DE PRINCIPES	24
CHAPITRE 3 – NOS PRINCIPES DIRECTEURS	25
L'ÉTHIQUE, OU LE PRINCIPE DE L'AUTONOMIE RÉCIPROQUE	28
LA GOUVERNANCE : MAXIMISER L'ACTION DES INDIVIDUS	32
La gouvernance de la collectivité	34
La gouvernance de soi	36
Le rôle de la gouvernance	37
LE DROIT PÉNAL OU LES LIMITES DE L'INTERDICTION	38
Nécessité de la distinction	39
Critères de distinction	41
Application aux drogues illicites	45
LA SCIENCE OU LA CONNAISSANCE APPROCHÉE	46
CONCLUSIONS	51

CHAPITRE 4 – UN CONTEXTE EN MOUVANCE	53
MUTATIONS DU CONTEXTE INTERNATIONAL	53
Globalisation et intégration	53
Errances d'un discours sécuritaire	57
Des politiques antidrogues aux politiques sur les drogues	59
MUTATIONS AU CANADA	61
L'activisme judiciaire	61
Une stratégie nationale de prévention du crime	62
La lutte au crime organisé	62
UN DÉBAT DE SOCIÉTÉ	63

PARTIE II – LE CANNABIS : EFFETS, USAGES, ATTITUDES	65
--	-----------

CHAPITRE 5 – LE CANNABIS : DE LA PLANTE AU JOINT	67
UNE PLANTE, DIVERSES DROGUES	68
ROUTES DU CANNABIS	72
PROPRIÉTÉS DU CANNABIS	79
Concentration en Δ^9 THC	80
PHARMACOCINÉTIQUE	86
CONCLUSIONS	90
CHAPITRE 6 – USAGERS ET USAGES : FORMES, PRATIQUES, CONTEXTES	93
TENDANCES D'USAGE	94
Consommation en population générale	95
Consommation chez les jeunes	99
Tendances d'usage dans d'autres pays	105
Éléments de synthèse	114
FORMES ET MODES D'USAGE	116
Le cannabis dans l'histoire	117
Trajectoires d'usages	119
Facteurs reliés à l'usage	125
Éléments de synthèse	131
UNE ESCALADE VERS D'AUTRES DROGUES ?	132
CANNABIS, VIOLENCE ET CRIMINALITÉ	134
CONCLUSIONS	136
CHAPITRE 7 – LE CANNABIS : EFFETS ET CONSÉQUENCES	139
EFFETS ET CONSÉQUENCES DU CANNABIS : CE QU'ON NOUS A DIT	142
EFFETS AIGUS DU CANNABIS	148
CONSÉQUENCES DE LA CONSOMMATION CHRONIQUE	152
Conséquences physiologiques de l'usage chronique	153
Conséquences cognitives et psychologiques	158
Conséquences comportementales et sociales	162
TOLÉRANCE ET DÉPENDANCE	163
Dépendance au cannabis	164
Sévérité de la dépendance	171
La tolérance	174
ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE	175
CONCLUSIONS	176

CHAPITRE 8 – CONDUITE SOUS L’EFFET DU CANNABIS	179
MODES DE DÉPISTAGE	182
DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES	187
Études hors contexte accidentel	188
Études en contexte accidentel	189
Enquêtes épidémiologiques auprès des jeunes	192
Évaluation du risque	192
ÉTUDES EXPÉRIMENTALES	195
Activités hors conduite	195
En activité de conduite	197
CONCLUSIONS	201
 CHAPITRE 9 – APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DU CANNABIS	 203
ASPECTS HISTORIQUES	208
CONNAISSANCES CONTEMPORAINES	210
Utilisations thérapeutiques	210
Le cannabis comme médicament ?	213
PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES ACTUELLES	216
CONCLUSIONS	219
 CHAPITRE 10 – OPINIONS ET ATTITUDES DES CANADIENS	 221
LES MÉDIAS	222
ENQUÊTES ET SONDAGES	227
ATTITUDES ET OPINIONS EXPRIMÉES AU COMITÉ	234
CONCLUSIONS	237
 PARTIE III – POLITIQUES ET PRATIQUES AU CANADA	 239
 CHAPITRE 11 – UNE STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE ?	 241
PHASE I – ÉLABORATION ET MISE EN PLACE	242
Création du Centre canadien de lutte contre l’alcoolisme et les toxicomanies	248
Création du Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue	250
PHASE II – RENOUVELLEMENT	252
PHASE III – LE RENOUVELLEMENT SANS FINANCEMENT PRÉCIS	255
LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE – UNE RÉUSSITE ?	257
CONCLUSIONS	259
 CHAPITRE 12 – LE CONTEXTE LÉGISLATIF NATIONAL	 261
1908-1960 : L’HYSTÉRIE	264
La Loi sur l’opium de 1908	269
Loi sur l’opium et les narcotiques de 1911	269
Les amendements à la Loi sur l’opium et les narcotiques (1920-1938)	272
Les modifications à la Loi sur l’opium et les narcotiques en 1954	281
Le rapport du Sénat de 1955	282
DE 1960 À LA COMMISSION LEDAIN : À LA RECHERCHE DES RAISONS PERDUES	286
La Loi sur les stupéfiants (1961)	286
La Loi sur les aliments et drogues et les barbituriques (1961)	288
La Commission Le Dain (1969-1973)	291
Le projet de loi S-19 et le cannabis	302

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS	
APRÈS LE DAIN : LA FUITE EN AVANT	303
La Loi réglementant certaines drogues et autres substances	305
CONCLUSIONS	315
 CHAPITRE 13 – RÉGLEMENTER L'UTILISATION DU CANNABIS À DES FINS	
THÉRAPEUTIQUES	317
CADRE ENTOURANT LA RÉGLEMENTATION	318
Article 56 – Loi réglementant certaines drogues et autres substances	318
Contestations fondées sur la Charte – utilisation de la marijuana à des fins thérapeutiques	320
Réaction du gouvernement	322
RÉGLEMENTATION SUR L'ACCÈS À LA MARIJUANA À DES FINS MÉDICALES	323
Autorisation de posséder	324
Licences de production	328
Autres dispositions	329
ACCÈS HUMANITAIRE ?	329
Admissibilité	330
Accès au cannabis	335
Produits	338
Coûts	338
POUR SUIVRE LA RECHERCHE	340
Recherche scientifique	340
Marijuana propre à la recherche	343
CONCLUSIONS	344
 CHAPITRE 14 – PRATIQUES POLICIÈRES	347
ORGANISMES D'EXÉCUTION DE LA LOI	347
GRC	347
L'Agence des douanes et du revenu du Canada	350
Polices municipales et provinciales	352
COÛTS	353
POUVOIRS POLICIERS	358
Fouilles perquisitions et saisies	360
La provocation policière et les activités illégales	374
Conclusion	379
STATISTIQUES	380
Incidents relatés	380
Accusations	383
Inquiétudes	386
La Loi sur les douanes – amendes	389
SAISIES	390
CONCLUSIONS	392
 CHAPITRE 15 – LE SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE	393
POURSUITES	393
TRIBUNAUX	394
Les tribunaux de traitement de la toxicomanie	395
DÉCISION ET DÉTERMINATION DE LA SANCTION	399
SERVICE CORRECTIONNEL	402
CASIER JUDICIAIRE	406
CONTESTATIONS JUDICIAIRES	409
CONCLUSIONS	415

CHAPITRE 16 – PRATIQUES PRÉVENTIVES	417
DES ACTIONS QUI NE SONT PAS À LA HAUTEUR DES DISCOURS	421
On ne fait pas suffisamment de prévention	422
La prévention est insuffisamment ciblée	424
On ne fait pas suffisamment l'évaluation des mesures de prévention	426
Les messages sociaux contredisent les messages de prévention	427
Il existe une connaissance dont il faut s'inspirer	428
PRÉVENIR : QUOI ? COMMENT ?	429
RÉDUCTION DES RISQUES, RÉDUCTION DES MÉFAITS	441
CONCLUSIONS	443
 CHAPITRE 17 – PRATIQUES DE SOINS	 445
DÉPENDANCES AU CANNABIS	445
FORMES DE TRAITEMENT	451
L'EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS	453
CONCLUSIONS	456
 CHAPITRE 18 – OBSERVATIONS SUR LES PRATIQUES	 457
DES DIFFICULTÉS D'ARTICULATION ENTRE LES ACTEURS	457
UN ARRIMAGE DIFFICILE ENTRE LES APPROCHES	459
DES COÛTS ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX IMPORTANTS	462
CONCLUSIONS	467

PARTIE IV – OPTIONS DE POLITIQUE PUBLIQUE	469
--	------------

CHAPITRE 19 – LE CONTEXTE JURIDIQUE INTERNATIONAL	471
ÉLÉMENTS DE GÉNÉALOGIE	472
La Conférence de Shanghai (1909)	475
La Convention internationale de l'opium de 1912 (La Haye)	477
Les Conventions de l'opium de Genève (1925)	479
La Convention de Genève pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants (1931) / Accord de Bangkok sur la consommation d'opium (1931)	480
La Convention pour la répression du trafic illicite des drogues nuisibles (Genève, 1936)	482
La Deuxième Guerre mondiale	482
Le Protocole de Lake Success (1946)	483
Le Protocole de Paris (1948)	483
Le Protocole de l'opium de New York (1953)	484
LES TROIS CONVENTIONS ACTUELLES	485
La Convention unique sur les stupéfiants de 1961	485
Convention sur les substances psychotropes	490
Protocole portant amendement à la Convention unique sur les stupéfiants de 1961	496
Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes	498
UNE MARGE DE MANŒUVRE ?	501
CONCLUSIONS	504

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

CHAPITRE 20 – POLITIQUES PUBLIQUES DANS D’AUTRES PAYS	507
FRANCE	508
Des logiques distinctives	508
Une politique publique intégrée	510
Cadre législatif	513
Quelques rapports clés	516
Statistiques sur l’usage et la répression	520
Coûts	523
PAYS-BAS	524
Le pragmatisme néerlandais ?	525
Des rapports d’experts fondateurs	527
La législation	533
Le régime des coffee shops	536
Données sur l’usage	538
ROYAUME-UNI	542
Stratégie décennale de lutte contre la toxicomanie	542
Cadre législatif	543
Autres lois pertinentes au domaine de la toxicomanie	546
Débats au RU	547
Études et rapports récents	548
Administration	556
Coûts	556
Statistiques	558
LA SUÈDE	560
Stratégie nationale	562
Cadre législatif	566
Le débat en Suède	568
Rapports récents	569
Coûts	571
Administration	572
Statistiques	572
LA SUISSE	575
Une politique de réduction des risques	575
Évolution du régime juridique	583
Un projet de dépénalisation du cannabis	585
Administration de la politique suisse en matière de drogue	587
Statistiques sur l’usage de stupéfiants et les infractions à la LStup	589
L’AUSTRALIE	592
Stratégie nationale sur les drogues	592
Le cadre législatif	597
Décriminalisation du cannabis	601
Administration	603
Statistiques	605
LES ÉTATS-UNIS	607
Le cadre législatif de l’administration fédérale et des États	607
La législation actuelle et son application	610
Buts et objectifs de la politique fédérale de lutte contre les stupéfiants	619
Administration de la politique	622
Sujets d’actualité et débats	624
Statistiques	626
CHAPITRE 21 – OPTIONS DE POLITIQUE PUBLIQUE	631
L’INEFFICACITÉ DES POLITIQUES PÉNALES	633

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

Des impacts sur la consommation ?	634
Des impacts sur l'offre ?	640
Conclusion	640
ÉCONOMIE GÉNÉRALE D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE SUR LE CANNABIS	641
COMPOSANTES D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE	644
Un centre de responsabilité fort	644
Interconnexion	645
Élaboration en commun d'objectifs partagés	645
Des outils de connaissance	645
OPTIONS LÉGISLATIVES	646
Clarifications terminologiques	646
Critères pour une politique juridique sur le cannabis	654

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS **659**

IL Y A TRENTÉ ANS LE DAIR	659
L'INEFFICACITÉ DES PRATIQUES ACTUELLES	661
UNE POLITIQUE PUBLIQUE BASÉE SUR DES PRINCIPES DIRECTEURS	663
UNE STRATÉGIE FÉDÉRALE CLAIRE ET COHÉRENTE	664
UNE STRATÉGIE NATIONALE SOUTENUE PAR DES MOYENS ET DES OUTILS	665
UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE	667
UNE APPROCHE RÉGLEMENTAIRE SUR LE CANNABIS	670
UNE APPROCHE DE COMPASSION POUR LES USAGES THÉRAPEUTIQUES	671
DISPOSITIONS SUR LA CONDUITE SOUS L'INFLUENCE DU CANNABIS	672
POUR SUIVRE LA RECHERCHE	673
POSITIONNEMENT INTERNATIONAL DU CANADA	674

PROPOSITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA RÉGLEMENTATION DU CANNABIS AUX FINS THÉRAPEUTIQUES ET RÉCRÉATIONNELLES **676**

BIBLIOGRAPHIE **681**

GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES

Abus

Terme vague qui reçoit une grande variété de significations, selon les contextes sociaux, médicaux, et juridiques. Selon certains, tout usage de drogues illicites est un abus : ainsi, les conventions internationales considèrent l'usage de toute substance prohibée pour des fins autres que médicales ou scientifiques comme un abus. Le Manuel diagnostique de l'Association américaine de psychiatrie définit l'abus comme un mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, et suggère 4 critères (voir le chapitre 7 du rapport). Nous lui préférons le concept d'usage excessif (ou usage nocif).

Accoutumance (de l'anglais *addiction*)

Terme général renvoyant aux phénomènes de tolérance et de pharmacodépendance. Le terme accoutumance est rarement utilisé en français qui utilise plutôt le terme toxicomanie.

Addiction

Certains auteurs utilisent ce terme issu de l'anglais pour désigner le processus par lequel un comportement, pouvant permettre une production de plaisir et d'écarter une sensation de malaise interne, est employé de façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. Ces auteurs le préfèrent au concept de dépendance, celui-ci ne permettant pas de travailler sur la période qui précède la dépendance. Nous lui préférons le terme dépendance.

Agoniste

Se dit entre autres d'une substance qui agit sur un récepteur pour produire certaines réponses.

Anandamide

Neurotransmetteur agoniste du système cannabinoïde endogène. Bien que les rôles spécifiques de ces neurotransmetteurs ne soient pas encore définis, ils semblent agir comme des neuromodulateurs ; en effet, le THC augmente la libération de dopamine du noyau accumbens et du cortex préfrontal.

Cannabinoïdes

Récepteurs endogènes des molécules actives du cannabis, notamment le THC. Deux récepteurs endogènes ont été identifiés : CB₁ existent en grande densité dans l'hippocampe, le ganglion basal, les corps cérébelleux, et le cortex cérébral et CB₂, ils sont particulièrement abondants dans le système immunitaire. Les effets centraux du cannabis semblent être exclusivement reliés aux récepteurs CB₁.

Cannabis

Il existe trois variétés de plantes de cannabis, le *cannabis sativa*, le *cannabis indica*, et le *cannabis ruderalis*. La plante de la variété *cannabis sativa* est la plus répandue poussant dans presque tous les sols. La plante de cannabis est connue en Chine depuis environ 6000 ans. À partir des sommités florifères de la plante de cannabis, mais aussi parfois des feuilles, on obtient le tabac à fumer. Sous cette forme, l'appellation la plus courante est le pot, mais on le désigne aussi sous le nom de mari, herbe, dope, ganja. La résine extraite de la plante sert à fabriquer le haschich.

Généralement classifié sous les psychotropes, le cannabis est un perturbateur du système nerveux central. Le cannabis contient plus de 460 produits chimiques connus, dont plus de 60 sont désignés sous le nom de cannabinoïdes. Le principal ingrédient actif du cannabis est le delta-9-tétrahydrocannabinol, communément appelé THC. D'autres cannabinoïdes présents incluent le delta-8-tétrahydrocannabinol, le cannabinal et le cannabidiol mais ils sont présents en faibles quantités et n'exercent pas d'effets significatifs sur le comportement des individus, comparativement au THC. Ils peuvent cependant contribuer à moduler l'effet global du produit. Dans le rapport, nous utilisons le terme cannabis pour désigner l'ensemble des produits, et n'utilisons marijuana ou haschich que lorsque nous désignons ces dérivés spécifiquement.

Commission sur les drogues (CND)

La Commission sur les narcotiques a été créée en 1946 par le Conseil économique et social des Nations Unies. La Commission est le principal organisme d'élaboration de politiques sur les drogues au sein du système onusien. Elle examine la situation mondiale relativement à l'abus de drogues et fait des propositions pour renforcer le contrôle international des drogues.

Conduite (ou usage) à risque

Comportement d'usage qui met la personne à risque de développer des problèmes de dépendance à la substance. La conduite à risque se compose de l'interaction complexe entre au moins quatre facteurs : le contexte d'usage, la quantité consommée, la fréquence de la consommation et la durée et l'intensité de la consommation. (Nous proposons des critères à la conclusion du rapport).

Conventions internationales

Sous l'égide de la Société des Nations en 1908 puis des Nations Unies, diverses conventions internationales réglementent la possession, l'usage, la fabrication, la distribution, le commerce, etc., des substances psychotropes. Les trois principales conventions sont celles de 1961, 1971 et 1988. Le Canada a ratifié ces trois conventions. Ces conventions, dont l'application est assujettie aux lois constitutionnelles des signataires, établissent un système de réglementation où seuls les usages aux fins médicales et scientifiques sont permis. Ce système est axé sur la prohibition des plantes source (coca, opium et cannabis) et sur le contrôle des dérivés synthétiques fabriqués par les compagnies pharmaceutiques.

Décriminalisation

Opération consistant à retirer un comportement de la «compétence» du système de justice criminelle. On distingue habituellement entre *décriminalisation de droit (ou de jure)* impliquant une modification législative du Code criminel (ou de toute loi de nature criminelle) et *décriminalisation de fait (ou de facto)* où il s'agit d'une décision administrative de ne pas poursuivre le comportement qui demeure cependant illégal. La décriminalisation ne concerne que le Code criminel (ou toute loi de nature criminelle), et ne signifie pas que l'on retire la compétence du système juridique dans son ensemble. D'autres lois non criminelles peuvent réguler et contrôler le comportement qui a été décriminalisé (infractions civiles, réglementaires, etc.).

Déjudiciarisation

Réfère aux mesures alternatives à la poursuite ou à la condamnation pénale d'un acte qui demeure par ailleurs prohibé. La déjudiciarisation peut se faire avant la mise en accusation, par exemple si la personne inculpée consent à suivre un traitement. Elle peut aussi se faire au moment de la sanction, et prend alors la forme de sanctions de travail communautaire ou de traitement.

Demi-vie

Temps requis pour la diminution de moitié de la concentration d'une drogue dans le sang. La demi-vie d'élimination du THC est en moyenne de 4,3 jours. Suite au phénomène de tolérance métabolique, les consommateurs réguliers métabolisent et excrètent le produit plus rapidement que les usagers occasionnels. D'autre part, à cause de sa très grande liposolubilité, l'administration répétée du THC provoque son accumulation dans les graisses. Du fait de ce stockage graisseux, la demi-vie d'élimination tissulaire du THC peut atteindre 7 à 12 jours chez les consommateurs réguliers. La consommation prolongée du cannabis se traduit donc par une période d'élimination plus longue du THC. Ainsi, même après une semaine, 20 à 30 % du THC administré et ses métabolites demeurent dans l'organisme. Le THC et ses métabolites sont graduellement excrétés dans l'urine (environ un tiers) et dans les matières fécales (environ deux tiers). Des traces de THC ou de ses métabolites peuvent être détectées dans l'urine jusqu'à 30 jours après sa consommation.

Dépénalisation

Opération consistant à modifier les peines (sanctions) associées à un acte dans le Code criminel. La dépénalisation signifie la plupart du temps le fait d'abroger les dispositions permettant une sanction d'incarcération.

Dépendance

État où l'usager de drogue continue de consommer même si l'usage entraîne des problèmes qui peuvent être d'ordre physique, psychologique, relationnel, familial, ou social. La dépendance est un phénomène complexe qui peut avoir des composantes génétiques. La dépendance psychologique renvoie aux effets psychiques caractérisés par le désir insistant et persistant de consommer la drogue. La dépendance physique renvoie aux mécanismes d'adaptation de l'organisme à la consommation prolongée et peut s'accompagner d'une tolérance acquise. L'Association psychiatrique américaine propose 7 critères (voir chapitre 7).

Dopamine

Neuromédiateur impliqué notamment dans les mécanismes de perception du plaisir.

Drogue

Terme qui renvoie généralement aux substances illicites par opposition à d'autres substances telles l'alcool, la nicotine ou des médicaments psychotropes. En pharmacologie, le terme réfère à tout agent chimique qui modifie les processus biochimiques ou physiologiques des tissus ou de l'organisme. En ce sens, le terme drogue s'applique à toute substance qui est consommée principalement pour ses effets psychoactifs.

Effets aigus

Se dit des effets résultant de l'action ponctuelle d'un médicament et généralement des effets à court terme. Ces effets peuvent être centraux (sur les fonctions cérébrales) ou périphériques (sur le système nerveux).

Effets chroniques

Se dit des effets qui se développent avec le temps, à la suite de la prise ou de l'administration régulière d'une substance. Dans le rapport, nous avons préféré parler des conséquences de l'usage prolongé plutôt que d'effets chroniques.

Escalade (théorie de)

Théorie qui suggère une séquence progressive dans l'utilisation des drogues, nicotine, alcool, cannabis, puis les drogues « dures ». Elle repose sur une association statistique entre l'usage de drogues dures et le fait que ces personnes aient d'abord consommé du cannabis. Cette théorie n'a reçu aucune validation empirique et est tombée en désuétude.

Haschich

Résine issue de la plante de cannabis et transformée en pâte.

Intoxication

Perturbations qu'exerce une substance sur l'organisme. On distingue généralement quatre niveaux d'intoxication : légère, modérée, grave et mortelle.

Joint

Cigarette de marijuana, avec ou sans tabac. Le fait que deux cigarettes ne soient jamais identiques rend difficile l'analyse scientifique des effets du principe actif, notamment pour les études sur le cannabis thérapeutique.

Légalisation

Système de réglementation permettant la culture, production, fabrication, commercialisation, vente et usage de substances. Un système de légalisation peut être avec (réglementation) ou sans (libre marché) contrôles de l'État.

Liposolubilité

Propriété biophysique d'une substance de se répandre et se dissoudre plus ou moins facilement dans les graisses de l'organisme. Le THC est très liposoluble.

Marijuana

Nom mexicain qui désigne initialement une cigarette de mauvaise qualité. Par extension est devenu un équivalent pour désigner le cannabis.

Narcotique

Substance provoquant un état de torpeur ou un sommeil artificiel.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)

L'OEDT a été créé en 1993 pour apporter à la Communauté européenne et à ses États membres "des informations objectives, fiables et comparables au niveau européen sur le phénomène des drogues et des toxicomanies et leurs conséquences". Les informations statistiques, documentaires et techniques traitées ou produites par l'Observatoire fournissent à son audience une image d'ensemble sur le phénomène des drogues en Europe. L'Observatoire travaille uniquement dans le domaine de l'information. Il est composé d'un réseau de correspondants nationaux dans chacun des pays de l'Union.

Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS)

L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS ou Organe) est un organisme de contrôle indépendant et quasi-judiciaire chargé de l'application des conventions des Nations Unies sur les drogues; il a été créé en 1968 par la Convention unique sur les stupéfiants de 1961. Il a eu des prédécesseurs créés par les précédentes conventions sur les drogues, dès l'époque de la Société des Nations. L'organe est maintenant chargé de faire des recommandations à la

Commission sur les narcotiques relativement aux substances à placer dans les annexes des conventions.

Organisation mondiale de la santé (OMS)

Créée en 1948, l'OMS est l'agence des Nations Unis spécialisée dans les questions de santé. Son mandat est de favoriser le plus haut degré de santé possible. La santé est définie comme un état global de bien-être physique, psychologique et social et non seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité.

Office of national drug control policy (ONDCP) USA

Office national sur la politique de contrôle des drogues. Créé en 1984 sous la présidence Reagan, l'Office relève de la Maison Blanche. L'Office coordonne la politique américaine sur les drogues et gère un budget d'environ 18 milliards \$ US par année.

Opiacé

Substance contenant de l'opium ou exerçant une action comparable à celle de l'opium.

Pharmacodépendance

Voir dépendance.

Porte d'entrée (théorie de la)

Aussi nommée théorie de l'introduction. Semblable à la théorie de l'escalade mais renvoie plus spécifiquement au fait que les personnes qui se procurent du cannabis viennent en contact avec des milieux potentiellement criminogènes du fait que le cannabis soit illégal.

Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID)

Mieux connu sous l'acronyme anglais UNDCP. Fondé en 1991, le Programme a pour objectif d'informer le monde sur les dangers de l'abus de drogues. Le programme vise à renforcer l'action internationale contre la production, le trafic et la criminalité reliée aux drogues en proposant des programmes de développement alternatif, de monitoring des cultures et de lutte au blanchiment d'argent. Le programme d'évaluation globale veut aussi fournir des données fiables et le programme d'assistance juridique aide les pays à rédiger des lois adéquates ainsi qu'à former le personnel du système de justice. Le PNUCID relève du Bureau des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime.

Prohibition

Termes issus historiquement de la prohibition de l'alcool aux États-Unis entre 1919 et 1933. Par extension, ce terme renvoie aux politiques poursuivies par les États et par les Nations Unies qui visent une société sans drogue. La prohibition est un système fondé sur l'interdiction de la fabrication et de l'usage de drogues à l'exception des usages scientifiques et médicaux.

Psychotrope

Substance qui agit sur le psychisme en modifiant le fonctionnement mental, entraînant des changements dans les perceptions, l'humeur, la conscience, le comportement et diverses fonctions psychologiques et organiques. De manière spécifique réfère aux médicaments utilisés dans le traitement de troubles mentaux, tels les neuroleptiques, les anxiolytiques, etc. Renvoie aux médicaments couverts par la Convention de 1971.

Réglementation

Système de contrôle qui précise les conditions sous lesquelles il est permis de fabriquer, produire, commercialiser, prescrire, vendre ou acheter une substance. La réglementation peut être axée sur la prohibition (comme c'est le cas actuellement pour les drogues illicites) ou sur l'accès contrôlé (comme pour les médicaments psychotropes et l'alcool). Notre proposition de régime d'exemption sous conditions repose sur une approche réglementaire.

Société des Nations (SDN)

Prédécesseur de l'ONU, la SDN était l'organisation internationale des états jusqu'en 1938.

Stupéfiant

Se dit souvent des substances dont les effets psychoactifs peuvent entraîner des effets de tolérance et de dépendance. Plus correctement, ce terme ne devrait s'utiliser que pour désigner les déprimeurs du système nerveux central tels les opiacés.

Substance psychoactive

Substance qui modifie les processus mentaux tels la pensée ou les émotions. Terme plus neutre que drogue, et qui ne distingue pas les substances selon leur statut juridique (licites, illicites) c'est celui que nous préférons utiliser dans le rapport.

Tétrahydrocannabinol (Δ^9 -THC)

Principal composant actif du cannabis, le Δ^9 -THC est très liposoluble, a une demi-vie d'élimination très longue, et ses effets psychoactifs sont modulés par les autres cannabinoïdes du cannabis. À l'état naturel, le cannabis contient entre 0,5 % et 5 % de concentration en THC. Les modes de culture sophistiqués, la sélection des plants, le choix entre des plants femelles, permettent d'atteindre des concentrations plus élevées, pouvant dans certains cas aller jusqu'à 30 %.

Tolérance

État induit par la consommation chronique d'une substance menant à une diminution de la réponse de l'organisme et une capacité plus grande de supporter ses effets.

Toxicité

Qualité spécifique à une substance d'entraîner l'intoxication. Le cannabis a une toxicité très faible et ne présente à peu près aucun risque de surdose.

Toxicomanie

Terme le plus fréquemment utilisé en langue française pour désigner les phénomènes que l'anglais désigne sous le terme *addiction*. Usage répété d'une ou plusieurs substances de telle sorte que l'usager (alors désigné sous le terme «toxicomane») est en état régulier ou chronique d'intoxication, ressent le besoin de consommer, a de la difficulté à cesser la prise, et cherche à se procurer la substance. Cet état est généralement caractérisé par la tolérance et la dépendance à la substance ainsi que par un usage compulsif. Malgré son usage répandu, l'OMS a recommandé dès 1960 d'en abandonner l'usage pour cause d'imprécision, et de lui préférer le terme de dépendance.

PARTIE III

POLITIQUES ET PRATIQUES AU CANADA

CHAPITRE 11

UNE STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE?

Les usages de substances psychoactives, licites et illicites, ont diverses conséquences sur la société canadienne, positives et négatives, directes et indirectes. La partie précédente a démontré que la consommation de substances psychoactives (licites comme illicites) est un phénomène répandu, autant chez les adultes que les jeunes du pays. Nous avons aussi vu que certaines formes d'usages peuvent entraîner des problèmes pour les usagers et leur environnement social. Ces constats suggèrent que les enjeux des substances psychoactives, du cannabis en particulier, devraient représenter une priorité pour tout gouvernement et la société en général.

Or, plusieurs Canadiens seront probablement étonnés d'apprendre que le Canada n'a financé une stratégie canadienne sur les drogues qu'entre 1987 et 1993. Certes, les législations criminelles sur les drogues n'ont pas manqué depuis l'adoption de la *Loi prohibant l'importation, la fabrication et la vente de l'opium à toutes fins autres que celles de la médecine* en 1908. Plusieurs lois pénales ont été adoptées depuis qui ont considérablement augmenté le champ d'application de la loi ainsi que la liste des substances contrôlées.¹ De manière générale, ces lois se sont concentrées sur la lutte contre l'offre et la demande, consacrant une approche prohibitionniste envers l'usage des drogues illicites, incluant le cannabis. Mais une législation pénale ne constitue pas une politique publique : elle n'en est qu'une composante. D'ailleurs, au cours des dernières années, plusieurs analystes ont souligné la nécessité d'une approche plus équilibrée pour mieux répondre aux enjeux de l'abus de substances psychoactives.

Ce chapitre retrace les étapes entourant l'élaboration et la mise en place de la Stratégie canadienne antidrogue de 1987. Cette stratégie avait précisément pour objectif de promouvoir une approche équilibrée. Nous verrons quelles en étaient les composantes et comment elle a été mise en œuvre.

¹ Le chapitre 12 examine l'évolution du contexte législatif du Canada relativement aux substances psychoactives.

PHASE I – ÉLABORATION ET MISE EN PLACE

En mai 1987, le gouvernement fédéral a annoncé la mise en place d'un plan d'action quinquennal financé à hauteur de 210 millions \$ pour lutter contre l'abus de drogues. Le gouvernement indiquait que ce plan d'action répondait aux préoccupations croissantes associées à l'augmentation des problèmes liés à la drogue. D'autres ont suggéré que « cette mesure politique sévère était, sans aucun doute, influencée par la plus récente lutte antidrogues américaine ».²

Intitulée *Action contre les drogues*, la Stratégie canadienne antidroque (SCA) avait été placée sous la responsabilité du ministre de la Santé et du Bien-être social³ mais, afin de coordonner l'action stratégique du gouvernement fédéral en matière d'abus de drogues, elle impliquait plusieurs autres ministères. La SCA devait « réduire les préjudices causés par la consommation d'alcool et d'autres drogues aux personnes, aux familles et aux communautés, grâce à une approche équilibrée acceptable pour les Canadiens »⁴. Les gouvernements provinciaux et municipaux, les entreprises, les autorités policières, les organismes professionnels et bénévoles étaient les autres partenaires du gouvernement fédéral.

Le gouvernement fédéral reconnaissait que par le passé il avait essentiellement mis l'accent sur les mesures de contrôle de l'offre, tandis que les communautés, les provinces et les territoires, ainsi que plusieurs groupes professionnels et bénévoles avaient plutôt mis l'accent sur la réduction de la demande de drogues par la prévention et le traitement. Bien que conforme à la séparation constitutionnelle des pouvoirs entre les ordres de gouvernement, cette division des responsabilités avait limité la capacité à établir une stratégie nationale globale.

« En raison de la séparation des pouvoirs entre les provinces canadiennes et le gouvernement fédéral, une action contre les drogues et l'alcool complète et concertée s'avère très difficile à mettre en place. Par exemple, la plupart des stratégies de programmes servant à la prévention sont, généralement, associées aux systèmes de santé ou d'éducation; ce sont des sujets relevant de la juridiction provinciale, sur lesquels le gouvernement fédéral n'a que peu de contrôle direct. Par contre, alors que les activités policières sont contrôlées au niveau municipal, dans la plupart des cas, les autorités relèvent du gouvernement fédéral; ce dernier a donc un important contrôle. »⁵

Reconnaissant que les provinces, les territoires et les collectivités locales avaient créé plusieurs programmes novateurs de counselling, de thérapie et de traitement, développant ainsi une expertise forte en ces matières, le gouvernement fédéral

² Giffen, P.J., Endicott, S., et S. Lambert, (1991) *Panic and Indifference: The Politics of Canada's Drug Laws*, Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, page 587.

³ Gouvernement du Canada, communiqué de presse, *Federal Government Launches Co-ordinated Action on Drug Abuse*, 25 mai 1987.

⁴ Gouvernement du Canada, (1988) *Action contre les drogues : bilan et perspectives nouvelles*, page 5.

⁵ Giffen, P.J. et coll., *op. cit.*, page 585.

constatait aussi l'absence d'un mécanisme fort de collaboration nationale. Le cadre de travail national de la SCA visait à combler cette lacune, le gouvernement présentant la Stratégie comme un « programme de coopération qui regroupe les efforts et les ressources du gouvernement fédéral avec celles des gouvernements provinciaux et territoriaux et des organismes de lutte contre la toxicomanie partout au Canada ».⁶

La SCA reposait sur six composantes : éducation et prévention, application de la loi, traitement, coopération internationale, recherche et information, et priorités nationales. Des 210 millions \$ de fonds fédéraux attribués à l'amélioration des programmes existants et au financement de nouvelles initiatives, 20 millions \$ ont été versés la première année, 40 millions \$ la deuxième et 50 millions \$ chacune des trois dernières années de la stratégie. Le plan d'action prévoyait que 70 % des ressources devait servir à l'éducation et à la prévention (32 %), ainsi qu'au traitement (38 %) ; 20 % à l'application de la loi ; et le dernier 10 % à l'information et la recherche (6 %), à la coopération internationale (3 %) et à l'intérêt – *focus* – national (1 %).⁷ L'équilibre recherché dans la stratégie devait donc se concrétiser dans l'allocation des fonds : même si les autorités policières recevaient de nouvelles ressources pour combattre l'offre, la majeure partie des budgets étaient consacrés à la réduction de la demande.⁸ Selon des renseignements fournis par Santé Canada, les ressources ont bel et bien été attribuées tel que prévu.

Les objectifs et initiatives de la SCA se déclinaient comme suit :

Prévention, traitement, recherche et contrôle⁹

❖ Pour mieux sensibiliser et informer le public :

- Élaboration d'une campagne médiatique de concert avec les provinces ;
- Parrainer la Semaine de sensibilisation aux drogues ;
- Installer des lignes téléphoniques de renseignements.

❖ Pour encourager l'implication dans les activités de prévention :

- Appuyer l'élaboration d'actions de prévention dans les communautés ;
- Soutenir l'élaboration de programmes novateurs de traitement au niveau communautaire ;
- Élaborer et améliorer les programmes et documents de formation ;

⁶ Gouvernement du Canada, *Action contre les drogues : bilan et perspectives nouvelles*, 1988, page 7.

⁷ *Ibid.*

⁸ De 1987 à 1991, un montant additionnel de 19,5 millions \$ a été versé à la Stratégie nationale de lutte contre la conduite avec facultés affaiblies. Cette stratégie comprenait des programmes nationaux de sensibilisation, des programmes d'éducation routière, des sondages nationaux et des centaines d'initiatives municipales dont l'objectif était de rendre la conduite en état d'ébriété socialement inacceptable pour les Canadiens.

⁹ Gouvernement du Canada, *National Drug Strategy: Prevention, Treatment, Research, Control Components*, 25 mai 1987.

- Tenir une Conférence d'action nationale sur l'usage des drogues.
- ❖ Pour favoriser les initiatives en matière de prévention destinées à des groupes particuliers :
 - Soutenir des initiatives susceptibles d'améliorer les habiletés sociales des jeunes et leurs aptitudes à l'emploi ;
 - Soutenir les projets pilotes des autorités policières pour la prévention auprès des jeunes en milieu scolaire, ainsi que pour les jeunes à risque en milieu urbain et les communautés Autochtones ;
 - Réviser les programmes de lutte à la consommation de drogues chez les Autochtones ;
 - Élaborer de nouvelles initiatives visant les jeunes Autochtones ;
 - Soutenir les actions de partage d'expérience entre les communautés du Nord en bordure de l'Arctique.
- ❖ Pour encourager la création de services de traitement plus efficaces et mieux adaptés aux besoins :
 - Examiner les programmes de partage de coûts du gouvernement fédéral pour soutenir la création de nouveaux programmes de réadaptation et de traitement ou l'amélioration des programmes existants ;
 - Implanter des mesures pour mieux détecter les problèmes de toxicomanie parmi les professionnels de la santé et soutenir leur réadaptation ;
 - Établir un comité consultatif sur la méthadone et sur les mesures à prendre pour éviter son trafic illégal ;
 - Élaborer du matériel de formation et d'information destiné aux professionnels de la santé et des autres personnes qui travaillent dans le domaine de la toxicomanie ;
 - Examiner les actions menées pour répondre aux problèmes de la consommation de drogues en milieu de travail ;
 - Déployer des efforts soutenus aux plans national et international pour éliminer la consommation de drogues illicites dans le sport.
- ❖ Pour mettre à jour et améliorer les lois et les règlements antidrogue du Canada :
 - Déposer un projet de loi pour remplacer l'ancienne *Loi sur les stupéfiants* et *Loi sur les aliments et drogues* ;
 - Améliorer la coordination entre les organismes fédéraux et provinciaux pour une meilleure réglementation entourant la consommation de drogues ;
 - Augmenter la capacité du gouvernement fédéral à identifier, analyser et surveiller les drogues ;

- Adopter des politiques coordonnées touchant l'offre de drogues illicites au Canada.
- ❖ Pour améliorer les connaissances dans le domaine de la consommation de drogues :
 - Soutenir la recherche sur les tendances et les cycles de la consommation de drogues, et sur la prévention et le traitement ;
 - Mener une étude et faire des recommandations sur les besoins prioritaires en matière de données.
- ❖ Pour assurer un engagement à long terme, parce que l'abus de drogues demande des solutions à long terme :
 - Créer un groupe de travail qui examinera les divers moyens susceptibles de faire en sorte que l'expertise et l'expérience des provinces profitent au pays tout entier, et qui assurera la continuité de l'engagement national à connaître et prévenir l'usage des drogues.

L'application de la loi¹⁰

- ❖ Pour renforcer et mieux coordonner l'application de la loi sur les drogues :
 - Renforcer les services de renseignements sur les drogues de la GRC et ses mécanismes de liaison avec les autres corps policiers ;
 - Adopter une approche coordonnée en matière de surveillance côtière pour contrer le trafic des stupéfiants ;
 - Améliorer la coordination entre les différents services fédéraux, ainsi qu'entre les organismes fédéraux et provinciaux.
- ❖ Pour réduire la rentabilité et les profits issus du trafic des stupéfiants :
 - Renforcer le Programme des enquêtes économiques antidrogue de la GRC et mieux informer le public des activités et objectifs de ce programme ;
 - Améliorer les techniques pour retracer les fonds illicites.
- ❖ Pour renforcer les efforts du Canada au niveau international :
 - Assurer une formation spéciale par la GRC en matière de lutte antidrogue destinée aux policiers œuvrant dans les pays producteurs de drogues ou dans ceux où elles transitent.
- ❖ Pour mieux sensibiliser et informer le public sur l'abus de drogues :
 - Augmenter la capacité de la GRC à faire de la sensibilisation aux drogues.

¹⁰ Gouvernement du Canada, *National Drug Strategy: Enforcement Components*, 26 mai 1987.

- ❖ Pour répondre aux problèmes de consommation de drogues dans les établissements correctionnels fédéraux :
 - Mener une étude sur la consommation de drogues chez les détenus, ainsi qu'une étude sur l'efficacité des programmes de traitement présentement offerts dans les établissements correctionnels ;
 - Améliorer les mécanismes de contrôle des stupéfiants dans les pénitenciers ;
 - Élaborer des programmes pour les détenus aux prises avec des problèmes de consommation de drogues, afin de faciliter leur réinsertion dans la communauté ;
 - Améliorer les programmes de prévention par la formation du personnel, et créer des programmes d'information pour les détenus.

Répression du trafic¹¹

- ❖ Pour renforcer la capacité de Douanes Canada à réprimer le trafic des stupéfiants au Canada :
 - Augmenter les ressources de Douanes Canada, afin de renforcer ses capacités dans les domaines critiques du ciblage et de l'examen des marchandises à risque élevé transportées par cargo ou par des voyageurs quel que soit le mode de transport, ainsi que d'examen du courrier à haut risque ;
 - Acquérir des détecteurs à rayons X pour accroître les capacités de détection des drogues durant l'examen des cargos, des bagages et du courrier ;
 - Étendre le Service de chiens détecteurs de Douanes Canada à tous les bureaux régionaux des douanes au Canada, et augmenter ses capacités actuelles dans les points d'entrée les plus occupés ;
 - Améliorer la formation des inspecteurs des douanes pour qu'ils puissent mieux identifier les passeurs de drogues et les envois commerciaux à risque élevé ; cette formation permettra aux inspecteurs des douanes de mieux reconnaître les indicateurs pertinents durant l'examen d'une personne ou d'un envoi commercial ;
 - Accentuer l'implication de Douanes Canada dans les programmes Info-Crime des forces policières municipales partout au Canada ;
 - Améliorer la coopération avec les lignes aériennes et les sociétés de transport maritime œuvrant dans le domaine du transport international des personnes et des marchandises, pour qu'elles aident Douanes Canada à détecter les drogues illicites destinées au marché canadien ;

¹¹ Gouvernement du Canada, *National Drug Strategy: Interdiction Components*, 27 mai 1987.

- Coopérer avec les services de douanes étrangères pour mieux cibler les passeurs de drogues en transit.
- ❖ Pour assurer l'application de politiques appropriées en immigration :
 - Réviser les politiques d'immigration concernant les trafiquants de drogues.

International¹²

- ❖ Pour s'assurer que le Canada joue un rôle actif dans les forums internationaux sur la consommation de drogues :
 - Participer activement à la Conférence internationale sur l'abus et le trafic illicite des drogues qui a eu lieu à Vienne, du 17 au 26 juin 1987 ;
 - Adhérer à la Convention de 1971 sur les substances psychotropes des Nations Unies ;
 - Augmenter la contribution du Canada au Fonds des Nations Unies pour la lutte contre l'abus des drogues (FNULAD), qui devait atteindre 1 million \$ en 1991 ;
 - Prendre en compte la réduction de la consommation de drogues comme facteur d'évaluation des demandes d'aide soumises à l'Aide publique au développement
 - Tenir une conférence internationale d'experts sur les méthodes de dépistage biologique des drogues.
- ❖ Pour mieux sensibiliser et informer le public :
 - Mieux informer les Canadiens voyageant à l'étranger sur les dangers associés à la possession de drogues illicites dans les pays étrangers.

Produits de la criminalité¹³

- ❖ Pour rendre moins rentable le trafic de drogues illicites :
 - Adopter une loi sur les produits de la criminalité.

Création du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

Créé en 1988 par une loi du Parlement, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) est un organisme non gouvernemental dont la mission est de promouvoir « la sensibilisation des Canadiens envers les problèmes de

¹² Gouvernement du Canada, *National Drug Strategy: International Components*, 28 mai 1987.

¹³ Gouvernement du Canada, *National Drug Strategy: Proceeds of Crime Components*, 29 Mai 1987.

consommation d'alcool et de drogues, et leur participation accrue relativement à la réduction des préjudices associés à cette consommation; il doit promouvoir l'utilisation et l'efficacité de programmes d'excellence associés à la consommation d'alcool et de drogues. »¹⁴ Plus spécifiquement, il a pour objectifs de :

- ❖ Promouvoir et appuyer la consultation et la coopération entre les gouvernements, les entreprises et les syndicats, les organismes professionnels et bénévoles, pour ce qui est des sujets touchant la consommation d'alcool et de drogues.
- ❖ Contribuer au partage efficace des renseignements sur la consommation d'alcool et de drogues.
- ❖ Faciliter et contribuer à l'élaboration et l'application des connaissances et de l'expertise dans le domaine de la consommation d'alcool et de drogues.
- ❖ Promouvoir et appuyer l'élaboration de politiques et de programmes réalistes et efficaces pour réduire les préjudices associés à la consommation d'alcool et de drogues.
- ❖ Sensibiliser de façon accrue, les Canadiens relativement à la nature et à la portée des efforts déployés au niveau international pour réduire la consommation d'alcool et de drogues, et en appuyant la participation du Canada dans ses efforts.¹⁵

Le Centre doit donc offrir vision et leadership dans le domaine de la réduction des préjudices associés à la consommation d'alcool et de drogues. Il travaille de concert avec les partenaires fédéraux et provinciaux, autant gouvernementaux que non gouvernementaux. Tel que l'indiquait la SCA, le gouvernement reconnaissait ainsi la nécessité d'une réponse coordonnée et regroupant tous les partenaires pour trouver des solutions à long terme. La coopération et la coordination sont des fonctions clés du CCLAT.

*« Le Centre travaille avec le secteur privé, les organismes de lutte contre la toxicomanie provinciaux et plusieurs groupes d'intérêt spéciaux pour que tous les Canadiens puissent tirer profit des meilleurs programmes de prévention. À cette fin, il s'assure que les gens travaillant dans le domaine savent ce qui se passe dans le pays. »*¹⁶

Le CCLAT doit fournir «des renseignements et des politiques crédibles et objectifs sur les toxicomanies au gouvernement fédéral, aux secteurs privé et sans but

¹⁴ *Loi sur le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies*, L.R., 1985, chapitre 49 (+ suppl.), article 3.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ Gouvernement du Canada, *Stratégie canadienne antidrogue*, 1991, page 4.

lucratif, aux gouvernements provinciaux et territoriaux et aux gouvernements municipaux.¹⁷ Il a établi les sept objectifs suivants :

❖ Élaboration des politiques

- Objectif 1 : Suivre les développements dans les domaines de la recherche et des politiques, et soumettre des avis éclairés sur des sujets d'importance nationale.

❖ Développement des connaissances

- Objectif 2 : Maintenir et améliorer continuellement les données nationales sur la nature, la portée et les conséquences de la consommation de drogues et du jeu compulsif au Canada.

❖ Élaboration de meilleures pratiques

- Objectif 3 : Suivre l'évolution des programmes et pratiques importants, et contribuer à l'identification et à la diffusion des meilleures pratiques.

❖ Communications

- Objectif 4 : Élaborer une stratégie de communication comprenant des activités et documents d'information afin de sensibiliser les Canadiens sur les problèmes de toxicomanies, et d'influencer et informer le public cible.

■

❖ Développement du réseau

- Objectif 5 : Élaborer, coordonner et soutenir les réseaux pour améliorer le partage de l'information et de l'expertise et leur mise en application.

❖ Service d'information et de référence

- Objectif 6 : Maintenir un service d'information et de référence efficace et proactif.

¹⁷ *Rapport du vérificateur général du Canada à la Chambre des communes*, 2001, Chapitre 11, «Les drogues illicites – Le rôle du gouvernement fédéral», page 6.

❖ Administration/gestion

- Objectif 7 : D'organiser l'élaboration de ses politiques, son administration et ses ressources humaines de façon efficace et financièrement responsable.¹⁸

L'une des principales contributions du CCLAT a été la création du Centre national de références sur l'alcoolisme et les toxicomanies qui relie les principales sources d'information sur l'alcoolisme et les autres drogues en un seul réseau informatique.

Le CCLAT, sous la direction du ministre de la Santé, a une structure corporative, dotée d'un président et d'un conseil d'administration. Il est financé par la SCA et par les revenus que ses activités génèrent. Au départ, le Centre disposait d'un financement annuel de base de 2 millions \$. Par contre, suite à l'Examen des programmes de 1997, son financement de base a été réduit à 500 000 \$. En raison de cette mesure, presque tous les employés à temps plein ont été mis à pied. Michel Perron, le directeur général du CCLAT, nous a indiqué que les coupures budgétaires ont influé sur la capacité du CCLAT d'exécuter son mandat.

*« Depuis 1997, le CCLAT a survécu en travaillant à contrat pour certains ministères. Ces contrats ont assuré notre survie, mais ont nui, de façon importante, aux efforts que nous avons déployés pour exécuter notre mandat statutaire d'une manière proactive. »*¹⁹

Au début de 2002, le gouvernement a augmenté le financement de base du CCLAT à 1,5 million \$. Selon le Centre, cette augmentation lui permettra de stabiliser ses activités. Le Canada risque moins de perdre la seule mémoire collective et les seuls spécialistes en toxicomanies qui œuvrent au niveau fédéral.²⁰

Création du Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue

En 1990, le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue a reçu le mandat de coordonner les activités au sein du gouvernement fédéral et avec les autres gouvernements (autant au Canada qu'ailleurs dans le monde). Le Secrétariat avait plusieurs responsabilités : assurer la visibilité de la SCA, coordonner l'évaluation de la SCA et examiner le problème de la consommation de drogues d'un point de vue stratégique. Le fait d'agir comme un facilitateur était l'une de ses responsabilités clés.

¹⁸ Pour obtenir de plus amples renseignements sur le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, voir le site Web à <http://www.ccsa.ca> et le document du Gouvernement du Canada, *Stratégie canadienne antidrogue - Phase II - Situation actuelle*, Canada, 1994, pages 38-40.

¹⁹ Michel Perron, directeur administratif, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Délibérations du Comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 2001-2002, 10 juin 2002, numéro 22, page 69.

²⁰ *Ibid.*

« Parmi ses fonctions importantes, le Secrétariat doit devenir une source d'information, un point d'entrée central pour le gouvernement fédéral, pour diriger les personnes qui ont des questions vers celles qui ont des réponses. Les membres du Secrétariat proposent aussi des conseils, offerts par des groupes externes, aux partenaires fédéraux. Ils essaient de regrouper les gens pour simplifier les sujets d'intérêt commun. »²¹

En 1996, durant la Phase II de la stratégie, le Secrétariat a été démantelé. L'évaluation de la Phase II de la SCA avait suggéré que la fonction de supervision de la coordination devrait relever d'un organisme ne faisant pas partie intégrante d'un des ministères participants – sinon un tel organisme risquait de se retrouver en conflit d'intérêt réel ou perçu.²² Par le passé, certains ont considéré le Secrétariat comme un organisme représentant principalement les intérêts de Santé Canada, plutôt qu'un organisme représentant la stratégie antidrogue.

Le Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue du ministère de la Santé est désormais le coordonnateur de la stratégie antidrogue du gouvernement fédéral. Il se décrit comme suit :

« Le Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue de Santé Canada est l'agent coordonnateur du gouvernement fédéral responsable de la réduction des méfaits ainsi que des initiatives de prévention, de traitement et de réadaptation associées aux problèmes d'alcoolisme et d'autres drogues. Nos efforts servent à éviter que des personnes qui ne consomment pas présentement de drogues commencent à le faire, à réduire les méfaits chez celles qui les consomment et à promouvoir des traitements et des réadaptations efficaces et novateurs pour celles qui ont des problèmes de consommation. Le Bureau travaille de concert avec les autres ministères fédéraux et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Il propose un leadership national et une coordination pour les problèmes de consommation de drogues, effectue des recherches sur les facteurs de risque et les causes profondes de la consommation de drogues, résume et diffuse des renseignements et des meilleures pratiques dernier cri aux partenaires clés, et collabore avec les organismes multilatéraux pour aborder le problème international de consommation de drogues. »²³

Dans son rapport déposé en 2001, la vérificatrice générale a indiqué que l'autorité de Santé Canada, en tant que coordonnateur, a des limites. Elle a recommandé que le gouvernement « revoie les mécanismes en place pour le leadership et la coordination au sein du gouvernement fédéral, ainsi que les mécanismes de coordination avec les gouvernements provinciaux/territoriaux et municipaux lorsqu'ils abordent les problèmes des drogues illicites ». ²⁴

²¹ Gouvernement du Canada, *Stratégie canadienne antidrogue - Phase II - Situation actuelle*, Canada, 1994, pages 11-12.

²² Santé Canada, *Évaluation de la stratégie canadienne antidrogue -- rapport final*, juin 1997, page 22.

²³ On peut trouver des renseignements sur le Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue sur le site Web de Santé Canada à <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/cds/about.html>

²⁴ *Rapport de la vérificatrice générale du Canada à la Chambre des communes*, 2001, Chapitre 11, « Les drogues illicites – Le rôle du gouvernement fédéral », page 24.

Nous sommes d'accord avec la conclusion de la vérificatrice générale et recommandons la création d'un poste de Conseiller national sur les substances psychoactives et les dépendances qui devrait assurer la coordination interministérielle au niveau fédéral. De plus, le CCLAT aurait le rôle de coordonnateur national de la recherche.

PHASE II - RENOUVELLEMENT

En mars et avril 1991, le gouvernement fédéral a mené une consultation nationale auprès de ses partenaires municipaux et provinciaux sur l'avenir de la SCA. Ces consultations devaient préparer le renouvellement possible de la Stratégie, recueillir des renseignements sur ses forces et faiblesses et identifier les priorités d'action. Ces consultations ont révélé que l'abus d'alcool, suivi de l'abus et la mauvaise utilisation de médicaments d'ordonnance, constituaient les problèmes de toxicomanie les plus importants au Canada. L'usage du tabac était aussi considéré comme une source importante d'abus et un problème de santé grave. Les drogues de la rue, c'est-à-dire les drogues illicites, quoique toujours préoccupantes, ne représentaient pas un problème important selon les personnes consultées. On a noté que la consommation de cannabis était toujours répandue.

Lors des consultations, plusieurs ont suggéré d'intégrer la Stratégie nationale de lutte contre la conduite avec facultés affaiblies à la SCA et souhaitaient l'adoption d'une politique nationale sur l'alcool. Certains ont aussi suggéré que l'utilisation de stéroïdes chez les athlètes et les jeunes soit intégrée à la SCA. Finalement, d'autres personnes ont demandé l'adoption d'une politique sur le tabac et l'inclusion du tabac dans la SCA. Les participants soulignaient qu'une stratégie antidrogues nécessite un engagement à long terme.

« Pour aborder les nombreux problèmes associés à la consommation de drogues, les participants au processus de consultation ont mis l'accent sur le besoin d'un engagement à long terme envers la SCA. Depuis des siècles, la consommation de drogues est un problème. Le fait d'obtenir des changements importants au niveau et à la nature de la consommation de drogues dans les cinq ou les dix prochaines années est irréaliste. L'impact des initiatives servant à contrer le problème de consommation de drogues ne sera peut-être pas visible avant quelques générations. C'est pourquoi la SCA doit devenir un programme permanent ayant un appui politique et gouvernemental. Le fait d'obtenir des changements sociétaux fondamentaux à long terme au niveau de l'attitude et du comportement exige un financement de base sans mesure de temporisation. »²⁵

²⁵ Gouvernement du Canada, *Canada's Drug Strategy: Consultations 1991*, page 7. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les commentaires effectués sur les problèmes d'offre, les problèmes de demande et le rôle et l'impact de la SCA, pages 3-7.

En 1992, la Stratégie nationale antidrogue est devenue la Stratégie canadienne sur les drogues (SCD) et son financement a été porté à 270 millions \$ pour une période de cinq ans. La Stratégie impliquait principalement six ministères fédéraux.²⁶ Donnant suite aux consultations, la Stratégie sur les drogues incorporait la stratégie nationale de lutte contre la conduite avec facultés affaiblies. Ce ne fut cependant pas le cas pour le tabac. Comme la stratégie précédente, la SCD insistait sur une approche équilibrée pour réduire la demande et l'offre associées aux drogues. Les fonds devaient être attribués comme suit : la prévention (30 %), le traitement (30 %), l'application de la loi et le contrôle du trafic (28 %), l'information et la recherche (5 %), l'intérêt –*focus*– national (5 %) et la coopération internationale (1 %). Selon Santé Canada, pendant la période de cinq ans, la SCA a reçu environ 104,4 millions \$.²⁷ En fait, en raison des coupures dans les dépenses gouvernementales, les sommes initialement prévues ne se sont jamais matérialisées.

En accord avec les intervenants sur la nécessité d'un engagement à long terme et qu'un horizon de 5 ou même 10 ans n'était pas réaliste pour arriver à des changements importants, le gouvernement a souligné que la SCA devrait être un programme permanent engageant les partenaires (autant gouvernementaux que non gouvernementaux) à tous les niveaux (municipaux, nationaux et internationaux) dans une stratégie équilibrée.²⁸

Poursuivant sur la lancée de la Phase I, la Phase II devait rendre les interventions du Canada en matière d'alcoolisme et de drogues plus efficaces pour ce qui est de la réduction des préjudices aux personnes, aux familles et aux communautés, causés par le l'usage à problème – *« problem use »* – d'alcool et de drogues. Cet objectif se déclinait comme suit :

- ❖ Mieux cibler les programmes en se concentrant sur les populations à risque élevé (surtout les jeunes enfants, les enfants de la rue, les décrocheurs, les autochtones ne vivant pas sur une réserve, les personnes sans emploi, les personnes âgées et les femmes).
- ❖ Améliorer la coordination et la collaboration entre les ministères fédéraux et les partenaires externes (gouvernements provinciaux et territoriaux, les organismes non gouvernementaux, etc.).
- ❖ Mettre au point la base d'information sur les problèmes associés à la consommation de drogues, pour aider les décideurs, les concepteurs de programme, les chercheurs,

²⁶ Santé et Bien-être social Canada, Solliciteur général Canada, Revenu Canada (Douanes et Accise), Travail Canada, Affaires étrangères et Commerce international Canada et ministère de la Justice Canada.

²⁷ Gillian Lynch, directrice générale, Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, Santé Canada, Délibérations du Comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 2001-2002, 10 juin 2002, numéro 22, page 27.

²⁸ Gouvernement du Canada, *Stratégie canadienne antidrogue - Phase II*, 1992, page 3.

les professionnels et les autres personnes touchées par les problèmes de consommation à mieux répondre à ce problème.

- ❖ Augmenter les ressources permettant aux ministères de poursuivre certaines activités permanentes et de rediriger leur attention vers des problèmes émergents ou de nouvelles activités.²⁹

La décision de renouveler la SCD a été accompagnée d'une condition exigeant son évaluation. En juin 1997, Santé Canada a publié un rapport sur l'évaluation de la Phase II de la SCA. Ses principales conclusions étaient les suivantes :

- ❖ Les ministères participants ont mieux ciblé leurs actions, tenant compte des variations imputables à leurs mandats respectifs;
- ❖ La coordination interministérielle au niveau opérationnel et pour les initiatives spécifiques était efficace. Par contre, la coordination interministérielle au niveau de la planification stratégique présentait des faiblesses qui n'avaient pas été réglées (des objectifs de coordination clairs n'ont pas été identifiés, et le rôle du Secrétariat de la SCD n'a pas été défini adéquatement);
- ❖ La SCA n'a pas eu de visibilité nationale ni au niveau politique ni au niveau public ;
- ❖ Suite au financement de la Phase II, la quantité de renseignements offerts au Canada sur l'abus de drogues a augmenté;
- ❖ Durant la Phase II, les ministères ont augmenté le niveau de ressources consacré aux drogues. Par contre, des coupures importantes à certains budgets ministériels ont limité l'atteinte de certains objectifs de la Phase II; et
- ❖ Les ressources de la Phase II ont été utilisées d'une façon conforme à l'approche de réduction des méfaits, même si une politique formelle de réduction des méfaits n'était pas en place durant le mandat de la Stratégie.

Notant que le leadership, la coordination et la planification stratégique étaient des éléments essentiels au succès de la Stratégie, le rapport a observé des faiblesses durant la Phase II. De plus, une vision commune et un ensemble d'objectifs clairs et mesurables, qui sont aussi des conditions fondamentales de succès, faisaient défaut, tout comme étaient floues les lignes d'imputabilité quant à l'atteinte des objectifs de la Stratégie. Comme nous le verrons un peu plus loin, la vérificatrice générale du Canada a de nouveau mentionné la plupart de ces problèmes dans son rapport 2001 (soit cinq ans plus tard).

Pour coordonner la Stratégie, deux groupes ont été créés au niveau fédéral sous la direction de Santé Canada, soit le Comité directeur des sous-ministres adjoints sur l'alcool et les autres drogues et le Groupe de travail interministériel sur l'alcool et les autres drogues. Ils ont pour mandat :

²⁹ Santé Canada, *Évaluation de la stratégie canadienne antidrogue -- rapport final*, juin 1997, page iv.

« Le Comité directeur doit se réunir au moins deux fois par année pour améliorer l'efficacité générale de la Stratégie et pour orienter le Groupe de travail. Il doit coordonner les activités fédérales, obtenir un avis consensuel relativement aux priorités, aborder les problèmes émergents et surveiller la mise en œuvre de la stratégie fédérale. »³⁰

PHASE III – LE RENOUVELLEMENT SANS FINANCEMENT PRÉCIS

En 1996, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* a été adoptée. Partie intégrante de la SCD, cette loi visait, selon le gouvernement, à moderniser et améliorer les politiques de lutte contre la drogue sous-jacentes aux lois précédentes, et à permettre au Canada de respecter ses obligations internationales. Nous observons au passage que, depuis l'adoption de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, la majorité des modifications apportées aux lois fédérales touchant les drogues illicites ont porté sur la réduction de l'offre.

En 1998, la SCD a été renouvelée en théorie mais sans ligne budgétaire précise, malgré les avertissements donnés quant aux conséquences négatives d'une telle décision. Une évaluation de la contribution de Santé Canada à la SCD avait observé :

« Nous devons en venir à la conclusion que des initiatives à court terme, comme la Phase II de la SCA, sont utiles, car elles inspirent un sens élevé des priorités associées à un problème particulier. En même temps, elles offrent des désavantages inhérents lorsqu'on aborde un problème, tel que celui de la consommation de drogues, qui, selon plusieurs sources, exige une intervention à plus long terme que ne le permet le financement à court terme. »³¹

Le rapport poursuivait :

« La composante de la Phase II de la Stratégie canadienne antidrogue relevant de Santé Canada a effectué plusieurs investissements dans la recherche et l'élaboration de programmes et les systèmes de suivi de l'information. Dans plusieurs domaines, Santé Canada peut tirer profit des avantages qu'offrent les connaissances acquises. Par contre, cette situation pourrait ne pas continuer en raison du non-renouvellement.

Il existe aussi des préoccupations concernant le fait que la mesure de temporisation –sunsetting– de la composante relevant de Santé Canada de la Stratégie canadienne antidrogue laissera un ride et un déséquilibre dans la politique fédérale défavorable à la réduction des méfaits et conséquemment beaucoup

³⁰ Rapport de la vérificatrice générale du Canada à la Chambre des communes, 2001, Chapitre 11, « Les drogues illicites – Le rôle du gouvernement fédéral », page 6.

³¹ Santé Canada, *Évaluation de la composante relevant de Santé Canada de la Stratégie canadienne antidrogue - Rapport Final*, décembre 1996, pages 33-34.

*trop concentrée sur la réduction de l'offre. La crédibilité du Canada au niveau international pourrait aussi en souffrir. »*³²

Les ministères et agences fédéraux étaient les seuls participants à ce renouvellement de la Stratégie. La SCD poursuit encore une approche équilibrée de réduction de l'offre et de la demande de drogues et a toujours pour objectif la réduction des méfaits associés à la consommation d'alcool et de drogues aux personnes, aux familles et aux communautés. Spécifiquement, la Stratégie a pour objectifs de :

- ❖ Réduire la demande de drogues ;
- ❖ Réduire les taux de mortalité et de morbidité associés aux drogues ;
- ❖ Améliorer l'efficacité et l'accès aux renseignements et aux interventions sur la consommation des substances ;
- ❖ Restreindre l'offre de drogues illicites et réduire sa rentabilité ; et
- ❖ Réduire les coûts de la consommation de drogues pour la société canadienne.³³

La Stratégie dit se fonder sur quatre piliers : la prévention; l'application de la loi et le contrôle du trafic; le traitement et la désintoxication; et la réduction des méfaits. Dans ce cadre de travail général, elle a identifié sept composantes : la recherche et le développement des connaissances ; la diffusion des connaissances ; la prévention ; le traitement et la désintoxication ; l'application des lois et le contrôle ; la coordination nationale ; et la coopération internationale³⁴.

Le programme de la direction de la Stratégie antidrogue et des substances contrôlées, au sein de la Direction générale de la Santé environnementale et de la sécurité des consommateurs de Santé Canada, dépense présentement 34 millions \$ chaque année pour lutter contre la consommation de drogues.³⁵ Le Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue gère 16,5 millions \$ du budget total. Le Programme de traitement et de réadaptation des alcooliques et toxicomanes, qui était au départ géré par le ministère des Ressources humaines, a été transféré à Santé Canada en octobre 1997. Ce programme est présentement géré par le Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue, qui dispose d'un fonds de 14 millions \$ pour les provinces aux fins des programmes de traitement et de réadaptation. Les autres 2,5 millions \$ sont versés au CCLAT (1,5 millions \$) et à la recherche et à la gestion des programmes (1 million \$). Les 17,5 millions \$ restants sont versés par la Direction générale de la Santé environnementale et sécurité des consommateurs comme suit : l'administration des règlements autres que la réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins

³² *Ibid.*, pages 34-35.

³³ Gouvernement du Canada, *Stratégie canadienne antidrogue*, 1998, pages 4-5.

³⁴ Alors que la SCD traite des drogues licites et illicites, une stratégie séparée a été élaborée pour identifier des approches spécifiques à l'usage du tabac.

³⁵ Ne comprend pas les dépenses effectuées par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, qui totalisent environ 70 millions \$.

médicales (5 millions \$); le Programme de recherche sur l'usage de la marijuana à des fins médicales (5 millions \$); le service d'analyse des drogues (4,5 millions \$); et les politiques, la recherche et les affaires internationales (3 millions \$).³⁶

Santé Canada engage d'autres ressources sur la consommation de drogues, par l'entremise d'activités diverses du ministère. Par exemple, la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique offre des ressources permettant d'aborder le sujet du VIH/SISA et de l'hépatite C, ainsi que celui du syndrome d'alcoolisme foetal.

LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE – UNE RÉUSSITE?

Nous n'avons pas la prétention de faire une analyse en profondeur de la SCD depuis son élaboration et son lancement en 1987. Nous pouvons par contre examiner certains objectifs clés pour déterminer si la SCA est une réussite ou non. Il est important de noter que, malgré les sommes importantes investies au niveau fédéral pour contrôler les drogues psychoactives, plusieurs personnes pensent que le Canada ne dispose pas d'une stratégie nationale antidrogue adéquatement financée.

« En 1997, le gouvernement a lancé un examen des programmes. D'importantes coupures budgétaires ont été faites dans tous les ministères, y compris Santé Canada. La Stratégie antidrogue a écopé et a été temporisée en 1997. En fait, aucun argent frais n'a été injecté par le gouvernement fédéral dans le domaine des toxicomanies depuis ce temps-là. Présentement, le Canada ne dispose d'aucune stratégie nationale. Nous n'avons donc aucune donnée de recherche pour nous guider. En fait, personne ne connaît la portée de la consommation de drogues ou de la prévalence des drogues au Canada, car aucune enquête n'a été effectuée depuis 1994. Nous devons donc nous fonder sur des hypothèses et utiliser d'autres outils pour obtenir un aperçu de la situation présente au Canada. »³⁷

Nous avons déjà vu au chapitre 6 que la recherche, le développement et la diffusion des connaissances sont gravement déficients au Canada, malgré que les diverses stratégies fédérales sur les drogues les aient identifiés comme éléments essentiels. Ainsi, seulement deux enquêtes épidémiologiques nationales sur l'usage de drogues ont été effectuées, la première en 1989 et la seconde en 1994. Le sous-financement chronique du CCLAT explique pour partie cette faiblesse de la recherche et du développement des connaissances. Il est évident qu'avec les moyens dérisoires qui lui étaient conférés, même dans les meilleures années, le CCLAT n'a jamais disposé du financement nécessaire au développement des connaissances sur les tendances et les coûts et conséquences de la consommation de drogues au Canada. L'augmentation récente de son budget de fonctionnement est sûrement une bonne nouvelle, mais ne

³⁶ Santé Canada, Présentation au Comité spécial sur les drogues illicites, 10 juin 2002.

³⁷ Michel Perron, *op. cit.*, page 71.

permettra pas au Canada d'acquérir les outils nécessaires pour effectuer des recherches vitales et nécessaires dans le domaine et de se mettre au niveau de ses partenaires occidentaux en ce domaine.

Depuis sa mise en place, la SCD a dit soutenir une approche équilibrée entre la réduction de l'offre et de la demande de drogues. Il est facile de faire un énoncé de ce genre ; encore faut-il que les faits puissent le valider. Récemment, la vérificatrice générale a indiqué que, des 500 millions \$ dépensés chaque année par 11 ministères ou organismes fédéraux pour combattre l'usage de drogues illicites au Canada, environ 95 % de ce montant sert à la réduction de l'offre. Évidemment, ce montant n'inclut pas les dépenses des provinces en santé (traitement) et éducation (prévention), ni non plus les dépenses qu'elles encourent au titre de l'application de la loi et de l'administration de la justice ; nous verrons au chapitre 18 que rien ne permet de penser qu'elles dépensent moins pour la répression que le fédéral. Il est difficile dans ces conditions de continuer à prétendre qu'il s'agit d'une approche équilibrée.

La coordination et la collaboration entre les ministères fédéraux, les provinces et les municipalités est un autre objectif clé de la SCD. Récemment, la vérificatrice générale a critiqué le leadership offert au niveau fédéral. Elle a recommandé la mise en œuvre d'une stratégie antidrogue comprenant une coordination fonctionnelle, ainsi que des objectifs et des résultats clairs.

« Le Canada a besoin d'un leadership fort et d'une coordination plus cohérente, afin d'établir une stratégie, des objectifs communs et des attentes relatives au rendement collectif. Il doit être en mesure de répondre rapidement aux préoccupations émergentes associées à la consommation ou au trafic des drogues illicites. La structure courante du leadership et de la coordination des efforts déployés par le gouvernement fédéral doit être revue et améliorée. Les mécanismes de coordination avec les provinces et les municipalités doivent aussi être revus, car ils touchent les trois paliers gouvernementaux. »³⁸

L'incapacité à évaluer l'atteinte de ses objectifs – inévitable en l'absence d'indicateurs clairs – est l'une des faiblesses évidentes de la SCA. Ainsi, aucune évaluation des programmes de prévention et de traitement n'a été financée par le gouvernement fédéral. Ce manque d'évaluation est préoccupant.

« Même si le gouvernement fédéral propose un leadership et une coordination pour aborder le problème de la consommation de drogues illicites, il n'a pas produit de rapport complet qui démontre comment le Canada gère le problème. Il serait logique que Santé Canada, le ministère responsable, publie les résultats des efforts que déploie le gouvernement pour réduire l'offre et la demande de drogues illicites. »³⁹

En l'absence d'outils de base pour déterminer si elle a atteint ses objectifs – études sur les tendances d'usage, étude des coûts et bénéfices, études d'impacts, et critères

³⁸ Rapport de la vérificatrice générale du Canada à la Chambre des communes 2001, Chapitre 11, « Les drogues illicites – Le rôle du gouvernement fédéral », page 1.

³⁹ Ibid., page 22.

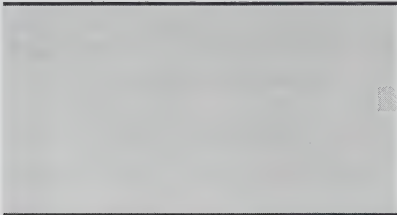
d'évaluation clairs – il est difficile de prétendre que la SCA est une réussite. Il est clair qu'elle comporte plusieurs faiblesses fondamentales. Comme plusieurs l'ont indiqué, nous devons nous poser la question de savoir si le Canada dispose réellement d'une stratégie nationale globale sur les substances psychoactives.

CONCLUSIONS

Bien que nous reconnaissons que le gouvernement fédéral ne peut pas agir seul, nos conclusions relatives à une stratégie canadienne sur les substances psychoactives sont, de façon générale, limitées au rôle que joue le gouvernement fédéral.

Conclusions du chapitre 11

- Le Canada a un besoin urgent d'une stratégie nationale sur les substances psychoactives coordonnée et globale, pour laquelle le gouvernement fédéral doit offrir un leadership clair.
- Toute stratégie future sur les substances psychoactives, doit porter sur l'ensemble des substances incluant l'alcool et le tabac.
- Pour réussir, une stratégie nationale doit reposer sur des partenariats entre tous les paliers gouvernementaux et avec les organismes non gouvernementaux.
- Au fil des ans, le financement a été irrégulier, diminuant la capacité de coordonner et de mettre en œuvre la stratégie; des ressources adéquates et un engagement à long terme sont nécessaires pour que la stratégie soit une réussite.
- Il faut déterminer des objectifs clairs et mener des études d'évaluation complètes sur leur mise en œuvre et les résultats obtenus.
- Des critères clairs et partagés de réussite doivent être identifiés dès le début.
- Le financement de base de la SCD a été insuffisant, ce qui l'a empêché d'exécuter son mandat; le financement adéquat d'une stratégie nationale est essentiel.
- Un organisme indépendant comme le CCLAT est nécessaire pour effectuer des enquêtes nationales au moins tous les deux ans; il conviendrait aussi que le CCLAT travaille avec les provinces et les territoires pour que les enquêtes en milieu scolaire soient plus régulières, cohérentes et comparables.

-
- 
- La coordination, au niveau fédéral, devrait être confiée à un organisme qui ne fait pas partie intégrante d'un des ministères partenaires.
 - Une stratégie nationale sur les substances psychoactives devrait adopter une approche réellement équilibrée – il est inacceptable que 95 % des dépenses fédérales en ce domaine concernent la réduction de l'offre.
-

CHAPITRE 12

LE CONTEXTE LÉGISLATIF NATIONAL

La prohibition des drogues a moins de cent ans, celle du cannabis un peu plus de 75. Il est tentant de penser que les décisions prises au fil des ans de lutter contre la production et la consommation de certaines drogues au moyen du droit pénal s'inscrivent dans le droit fil du progrès social et de la mobilisation des connaissances scientifiques sur les drogues. Les sociétés d'avant le XXe siècle étaient moins « évoluées » et ne disposaient pas des outils sophistiqués que la médecine, la biologie moléculaire et la biochimie, la psychologie et les sciences cognitives, ont apportés au cours de ce siècle des révolutions technologiques. Les mesures de prohibition adoptées par les parlements et plus largement par la communauté internationale étaient donc le reflet plus ou moins exact du savoir construit peu à peu par les scientifiques. La conquête graduelle des territoires il y a peu de temps encore occupés par l'irrationnel et ses cohortes de charlatans et autres shamans, se poursuivait, pour le plus grand bien de l'humanité. Témoins, les fabuleux progrès techniques de la médecine et de la pharmacologie au cours de ce siècle qui auraient mené à l'augmentation de la longévité et surtout à la diminution de la mortalité infantile, du moins en Occident.

Mais est-ce bien le cas ? La civilisation est-elle une marche constante vers le progrès, vers une rationalité de plus en plus grande, de plus en plus invincible ? À regarder l'état de la planète et les signaux d'alarme lancés par plus d'un scientifique aujourd'hui, il est permis d'en douter. Au plan social, le XXe siècle n'a pas causé moins de guerres, de destructions, d'inégalités entre les peuples, que les siècles précédents. En matière de drogues, les législations sont-elles une traduction plus ou moins fidèle de la connaissance scientifique pour le plus grand bien de tous ? Peut-on discerner une architecture rationnelle aux lois nationales et aux conventions internationales qui régissent certaines drogues et autres substances ? Sont-elles basées sur la connaissance des effets des drogues sur le psychisme et sur le comportement humain ? Traduisent-elles une volonté d'assurer le bien-être des populations ?

L'historique de la législation sur les drogues illicites au Canada, comme l'analyse que fait le chapitre 19 de l'architecture des conventions internationales, permet d'en douter fortement. Nous ne nions pas que les connaissances aient progressé ; la seconde partie de notre rapport en témoigne. Mais les connaissances scientifiques sont elles-mêmes des constructions qui se produisent dans un contexte historique donné et qui répondent à des paradigmes dans la manière de poser les problèmes et de mener

des recherches. Le positivisme scientifique dominant est le résultat temporaire d'une longue évolution de la démarche de connaissance. Il n'en constitue pas la « fin de l'histoire ». Il se produit, à l'intérieur de la démarche scientifique, une « sélection » des questions pertinentes comme des manières de les poser, faisant en sorte que toute question n'est pas bonne à poser et que certaines manières d'y répondre sont plus acceptables par la communauté des chercheurs.

Par ailleurs, les législations adoptées par les parlements sont influencées au moins autant par des préjugés et préconceptions issus de la « *pop science* » que par des considérations partisans, personnelles, internationales. Le parlementaire n'est pas, en ce sens, différent de chacun des citoyens ; c'est ce que nous rappelions dans l'introduction générale du rapport.

On ne peut comparer les effets du cannabis à ceux de l'alcool ou du tabac nous a-t-on dit à plusieurs reprises. Pourtant, sauf à risquer d'être illisible sinon irrecevable par la collectivité, une politique publique sur les « drogues » doit proposer une certaine rationalité du genre : « ceci est prohibé parce que... et cela ne l'est pas parce que... » La plupart du temps, la « raison » – ou la justification ? – se présente sous l'angle de risques ou de dangers d'une part, et de l'utilité médicale d'autre part. Ainsi, le régime actuel qui gouverne les « drogues » soutient que certaines d'entre elles, en raison des risques ou des dangers qu'elles présenteraient doivent être réglementées, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas en vente libre. Lorsqu'elles présentent des dangers et qu'elles n'ont pas d'application médicale reconnue, la réglementation en prohibe la fabrication, la production, la culture, l'usage, la possession, etc. C'est le cas, dans les lois et conventions, de l'opium et ses dérivés (héroïne), de la plante de coca et ses dérivés (cocaïne, crack), et de la plante de cannabis et ses dérivés (marijuana, haschich). Lorsque la drogue présente des dangers mais qu'elle a une utilité médicale, elle est sujette à une réglementation plus ou moins sévère : c'est le cas des benzodiazépines et autres médicaments puissants, qui ne peuvent être obtenus que sous ordonnance médicale et vendus par un pharmacien. D'autres drogues présentent un « risque » pour la santé : nicotine, alcool, mais aussi plusieurs médicaments en vente libre. L'emballage doit indiquer les risques (sauf pour l'alcool – ce n'est pas anodin) de manière à « prévenir » l'usager.

Dans quelle mesure cette rationalité tient-elle la route ?

« Trois chercheurs de l'Université de Toronto (Lazaron, Pomeranz, Corey, 1998) ont estimé que des médicaments licites correctement prescrits tuaient en moyenne cent mille personnes par année en Amérique du Nord. Même si pour des raisons méthodologiques on venait à réduire ce chiffre de la moitié ou des deux tiers, il n'en illustre pas moins les énormes pertes humaines qui échappent à tout système de contrôle, y compris juridique. Or, personne ne pense écarter ce danger en interdisant les prescriptions médicales, c'est-à-dire les décisions risquées des médecins ou le « droit à la consommation » des médicaments. Pourquoi ? Parce que l'on ne voit pas comment cette solution pourrait être préférable à celle de prendre des risques de façon responsable. Face à ce problème, on essaiera alors de trouver d'autres solutions, comme un meilleur contrôle de la qualité des produits, etc. Et on ne pense pas non plus (heureusement) à attribuer une responsabilité criminelle aux médecins pour avoir pris le risque

*d'écrire une prescription correcte en étant conscients que même les médicaments correctement prescrits peuvent causer la mort. »*¹

Le rapport pour 2001 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants fait état de l'augmentation « inquiétante » de l'abus de divers médicaments prescrits sur ordonnance aux États-Unis et note que plusieurs de ces médicaments se retrouvent sur les marchés illicites notamment par le biais de l'Internet.²

Le tabac ferait plus de 400 000 morts par an aux États-Unis, environ 45 000 au Canada. L'alcool quant à lui est relié aux violences et agressions physiques, notamment intraconjugales, aux accidents de la route, et l'abus cause des milliers de décès par an.

*« C'est une erreur que de situer les drogues illicites dans une catégorie distincte des drogues légales, dans l'histoire de la criminalisation. Nous avons compliqué les choses, de nos jours, parce que nous ne tendons pas à voir les drogues légales sous le même jour que les drogues illicites. Pour le démontrer, nous parlons de « l'alcool et des drogues » comme si l'alcool n'était pas une drogue, comme si les agents de police qui interviennent dans les conflits familiaux ne savaient pas pertinemment que le principal problème de toxicomanie qu'ils trouveront dans ce conflit est celui de l'alcool, comme si nous ne savions pas déjà que l'alcool est un facteur essentiel dans 70 % de tous les homicides. Le fait de prétendre que la consommation de d'alcool est différente de la consommation de drogues illicites semble être une folie culturelle qui en dit long sur les oeillères culturelles que nous portons dans la vie quotidienne. »*³

La rationalité du système de contrôle tient-elle la route aux yeux de la société civile, usagers comme non-usagers ? Quels sont les critères qui ont présidé aux décisions des législateurs ? De fait, ont-ils eu recours à des critères ? Qu'est-ce qui a motivé les parlementaires canadiens et d'ailleurs à prohiber certaines substances, à contrôler l'accès de certaines autres, et à en laisser d'autres en vente libre ?

Savoir d'où l'on vient aide à comprendre où l'on va. C'est l'ambition de ce chapitre, retraçant l'évolution de la législation canadienne sur les drogues, de 1908 jusqu'à maintenant.⁴ Nous avons identifié trois périodes législatives. La première, la plus longue, va de 1908 à 1960. C'est la période que nous appelons de l'hystérie. La seconde, beaucoup plus courte, va de 1961 à 1975. C'est la période de la recherche des raisons perdues. Enfin, la période contemporaine, qui commence vraiment au début des années 1980, est la période de la fuite en avant. Comme il serait trop long de décrire les différents articles des divers projets de loi adoptés au cours des années, nous

¹ Pires, A.P., (2002) *op. cit.*, page 43.

² OICS (2002) notamment aux pages 58-60.

³ Témoignage de Neil Boyd, professeur de criminologie, Université Simon Fraser, devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, deuxième session de la trente-sixième législature, 16 octobre 2000, fascicule 1, page 49.

⁴ Ce chapitre s'inspire largement de l'excellent rapport préparé à la demande du Comité par François Dubois, assistant de recherche au bureau du sénateur Pierre Claude Nolin : *Le Parlement fédéral et l'évolution de la législation canadienne sur les drogues illicites*, Ottawa : Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, juin 2002. Ce rapport est disponible en ligne à www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

avons inséré en annexe un tableau qui explique et présente les dispositions des lois qui furent adoptées de 1908 à 1996 sur le contrôle des stupéfiants.

1908-1960 : L'HYSTÉRIE

Au moment où se réunit la Conférence de Shanghai sur l'opium en 1909⁵, l'opium, la feuille de coca, le cannabis, étaient connus depuis des centaines d'années des sociétés européennes qui les avaient découvertes au fil des contacts avec d'autres sociétés. Ces « drogues » étaient utilisées dans la pratique médicale, mais aussi par une certaine élite, mondaine ou artistique, et surtout comme outil commercial par les puissances coloniales. Dans la foulée des progrès de la chimie, le XIX^e siècle avait vu l'apparition d'une quantité importante de nouvelles drogues – principalement les médicaments à base d'opiacés – et leur adoption enthousiaste par les médecins, pharmaciens, propriétaires de magasins généraux et vendeurs itinérants d'élixirs miracles. Que s'est-il passé pour que le Canada en 1908, les sept pays réunis à Shanghai en 1909, décident de prohiber cette « drogue » ? Quatre facteurs au moins forment la constellation des jeux du hasard et de la nécessité qui ont mené à la prohibition.

Des enjeux géopolitiques d'abord, notamment les relations commerciales avec la Chine et plus généralement la stabilité politique de l'Empire du Milieu, y jouent un rôle non négligeable comme le démontre le chapitre 19. Mais sur le plan interne, ces facteurs n'expliquent pas tout, d'autant que les préoccupations du Dominion du Canada et de sa population pour les enjeux de politique internationale étaient encore relativement mineures.

Dans un premier temps, les médecins ont remarqué, parfois à partir de leur expérience personnelle d'usagers, que la consommation des produits dérivés de l'opium entraînait une certaine dépendance et des problèmes de santé.⁶ Au début, ces cas de toxicomanie étaient limités aux classes sociales aisées, aux artistes, qui se voyaient rarement imposer l'étiquette de « délinquants ». Cependant, l'accessibilité de plus en plus grande de ces médicaments⁷ et le développement conséquent de problématiques de dépendance au sein des classes ouvrières ont profondément modifié l'opinion publique sur ces drogues. On ne parlait plus de « *malades* » mais de « *délinquants* » qui

⁵ Voir le chapitre 19 pour plus de détails.

⁶ Observons ici au passage qu'il s'agissait effectivement des dérivés synthétiques de l'opium tels la morphine. On ne redécouvra que beaucoup plus tard que l'héroïne fumée est moins dommageable pour l'usager que l'héroïne injectée ou que des dérivés synthétiques. On peut aussi faire le parallèle avec les dérivés synthétiques du cannabis qui causeraient plus de problèmes que le cannabis fumé, comme nous l'avons vu au chapitre 9.

⁷ Line Beauchesne parle d'inondation du marché par les grandes compagnies pharmaceutiques qui les fabriquaient en quantité industrielle et qu'elles cherchaient ensuite à écouler par tous les moyens. Beauchesne, L., (1991) *La légalisation des drogues... Pour mieux en prévenir les abus*. Montréal : Méridien, pages 95-96.

« ne peuvent affronter les exigences d'une vie de bon citoyen et de travailleur ». ⁸ Quelques médecins, soucieux de conserver leur monopole, n'ont pas hésité à réclamer des gouvernements des lois afin de restreindre l'usage des médicaments produits par les compagnies pharmaceutiques et éviter la propagation de ce « fléau » qui menaçait les fondements de la société nord-américaine.

Même si l'usage de l'opium n'a pas provoqué de crise sociale avant le début des années 1880, les Blancs qui fréquentaient les fumeries chinoises étaient souvent perçus comme suspects ou dangereux. À l'époque : « *Fréquenter le quartier chinois et ses fumeries est interprété chez plusieurs groupes moraux comme une préférence pour l'étranger, une volonté de déroger aux valeurs blanches et anglo-saxonnes. Ce jugement est encore plus sévère à l'égard des femmes.* » ⁹

Associée au problème de l'alcoolisme parmi les classes ouvrières, la question des drogues devenait alors la métaphore par excellence de la dégénérescence de la civilisation occidentale judéo-chrétienne, et le cheval de bataille des ligues de tempérance aux États-Unis comme au Canada. Nés au XIX^e siècle, ces mouvements avaient un fondement religieux très fort, notamment dans l'éthique protestante de la responsabilité du salut personnel par le travail et le contrôle de soi : « *la valorisation du travail et la sobriété pour éviter les pertes de production et maintenir la supériorité de la race blanche anglo-saxonne dans l'économie.* » ¹⁰ La « guerre » contre l'alcool, responsable de la violence masculine et de l'adultère, contre les drogues qui tuent la jeunesse, mais aussi contre la prostitution, les cigarettes et les jeux de hasard convenait parfaitement à ces mouvements. ¹¹ De groupes communautaires d'entraide visant à soutenir ceux qui voulaient se débarrasser de leurs mauvaises habitudes, ces ligues se sont transformées en groupes de pression puissants pour réclamer la prohibition complète de l'alcool d'abord, soutenir ensuite celle de l'opium et des autres drogues.

Troisième facteur, étroitement relié aux deux précédents, les mouvements de population et tout spécialement l'immigration chinoise – il serait plus juste de dire l'importation de travailleurs chinois. Les Chinois avaient immigré aux États-Unis au milieu du XIX^e siècle afin de travailler dans les mines et la construction de chemins de fer dans l'Ouest des États-Unis. Une fois ces grands projets terminés, certains conflits de travail éclatèrent sur la côte Ouest américaine, opposant les Chinois qui offraient leur travail à bon marché aux propriétaires d'entreprises agricoles et les puissants syndicats formés majoritairement de travailleurs blancs. Suite à l'apparition d'un mouvement antichinois d'origine syndicale et des lois qui empêchent toute nouvelle immigration chinoise, plusieurs Chinois n'auront d'autres choix que de développer le commerce de l'opium à même les ghettos où ils habitent dans les grandes villes américaines. Les mouvements de tempérance n'hésiteront pas à accaparer le sentiment raciste qui anime certains segments de la société américaine afin de dénoncer la

⁸ Beauchesne, L. *op. cit.*, page 98.

⁹ *Ibid.*, page 126

¹⁰ Beauchesne, L. (1999) « À propos du cannabis, que faire? » *L'écho-toxico*, page 14.

¹¹ Ati-Dion, G., (1999) *La construction en droit international et en droit pénal canadien de la prohibition des drogues (Travail de doctorat)*, Montréal, Université de Montréal, École de criminologie, page 24.

consommation d'opium, perçue comme un fléau qui favorise l'immoralité, la criminalité et la déchéance de la race blanche et anglo-saxonne. C'est dans ce contexte d'agitation sociale, pourtant limitée à la côte Ouest américaine, que furent adoptées les premières lois aux États-Unis encadrant le commerce de l'opium.

Au Canada, les Chinois devinrent au milieu du XIX^e siècle une source importante de main-d'œuvre employée dans la construction du chemin de fer Canadien Pacifique. À mesure que l'économie de la Colombie-Britannique se diversifiait, ces immigrants se sont trouvés des emplois dans les usines de transformation des produits de la pêche, les mines de charbon ou l'industrie forestière bien que les emplois disponibles pour eux demeuraient limités. Cela a aggravé l'aspect compétitif du marché local du travail et augmenté leur marginalisation au sein de la société.¹² À partir des années 1880, l'arrivée massive de Chinois, juxtaposée au ralentissement économique provoqué par la fin de la construction du chemin de fer du Canadien Pacifique et la récession économique qui a marqué la fin du XIX^e siècle et les premières années du XX^e siècle, ont provoqué plusieurs manifestations syndicales et populaires demandant la fin de l'immigration chinoise, source des problèmes économiques et de moralité en Colombie-Britannique.

Selon Giffen, cette crainte était injustifiée puisque l'immigration blanche en provenance d'autres régions du Canada a largement annulé l'augmentation de la population chinoise en Colombie-Britannique. En effet, la proportion de Chinois dans cette province est passée de 20 % au début des années 1880 à moins de 6 % en 1921,¹³ juste avant que ne soit adoptée une disposition dans la *Loi sur l'opium et les narcotiques* autorisant la déportation d'un immigrant condamné pour une infraction liée aux drogues.

Mais :

[Traduction] « *La tolérance pour l'habitude de fumer de l'opium s'est maintenue aussi longtemps que celle des Britanno-Colombiens pour les Chinois. Au cours des premières années du XX^e siècle, le surplus de main d'œuvre et le sentiment antiasiatique dans la population se sont tous deux accentués. La Asiatic Exclusion League a été créée et fut appuyée par les chambres de commerce et les syndicats de Vancouver, d'une part, et par les députés fédéraux Conservateurs, d'autre part. La ligue était opposée aux politiques d'immigration des Libéraux [de Sir Wilfrid Laurier] et réclamait la fin de l'immigration asiatique en affirmant que le « péril jaune » submergerait la Colombie-Britannique blanche.* »¹⁴

En effet, bien avant l'apparition de cette « crise sociale », le gouvernement de la Colombie-Britannique avait tenté de mettre un frein à l'immigration asiatique en adoptant, en 1884, la *Chinese Immigration Act* qui imposait une taxe annuelle de 10 \$ aux Chinois et aux autres Asiatiques installés en Colombie-Britannique et leur interdisait l'achat de terrains appartenant à la province. Le gouvernement fédéral désavoua cette

¹² Giffen, P.J. et coll., (1991) *Panic and Indifference: The Politics of Canada's Drugs Laws*, Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, p. 53.

¹³ *Ibid.*, page 53.

¹⁴ Boyd, N. (1991) *High society : Illegal and Legal Drugs in Canada*, Toronto, Key Porter Books, page 27.

loi, mais créa en 1885 la Commission royale d'enquête sur l'immigration chinoise qui a recommandé l'imposition d'un droit d'entrée de 10 \$ à tout immigrant asiatique. En 1885, suite aux pressions populaires, il adopta la *Chinese Immigration Act* qui imposait un droit d'entrée de 50 \$ qui fut augmenté à 500 \$ en 1904, plusieurs ayant critiqué le fait que malgré le tarif imposé 20 000 Asiatiques avaient émigré au pays entre 1889 et 1900.

Un événement majeur survenu en 1907 a amené le gouvernement fédéral à intervenir dans les dossiers de l'immigration chinoise et des conflits de travail en Colombie-Britannique. Au cours de cette année, une manifestation organisée par la *Asiatic Exclusion League* rassemblant plus de 10 000 personnes, pour la plupart des travailleurs syndiqués et des gens de la classe moyenne, s'est transformée en émeute lorsque la foule en colère s'est dirigée dans le quartier chinois de Vancouver, s'attaquant aux gens et causant des dégâts matériels importants. Après avoir convaincu le Premier ministre Laurier du bien-fondé de dédommager les Chinois, William L. Mackenzie King, alors sous-ministre du Travail, est retourné à Vancouver au printemps 1908 et rédigea, à son retour, un rapport¹⁵ qui allait mener à l'adoption de la *Loi sur l'opium*. Basé principalement sur des considérations d'ordre moral, éthique, politique, diplomatique ou ethnique, le rapport de Mackenzie King, plutôt que de s'attaquer au conflit de travail entre les travailleurs blancs et chinois, a déplacé le problème sur l'usage de l'opium par les étrangers d'origine asiatique.

*« (l)a quantité (d'opium) qui se consomme au Canada, si elle était connue, épouvanterait la moyenne de nos concitoyens canadiens qui est portée à croire que l'habitude de l'opium se borne aux Chinois et que ceux-ci ne s'y adonne que dans une mesure restreinte. [...] il se vend presque autant d'opium aux Blancs qu'aux Chinois et [...] l'habitude de fumer de l'opium fait des progrès parmi les garçons de race blanche mais aussi parmi les femmes et les jeunes filles. »*¹⁶

Tout comme aux États-Unis, les immigrants chinois n'ont pas qu'apporté leur force de travail mais également la pratique de fumer de l'opium. Ils préféraient cette pratique à celle largement répandue chez les travailleurs blancs de la consommation d'alcool ou de médicaments à base d'opiacés afin de guérir une maladie ou d'oublier momentanément leurs conditions sociales ou professionnelles.¹⁷ Ainsi, la première fumerie d'opium a ouvert ses portes à Vancouver en 1870. Certains Chinois ont même ouvert des usines fabriquant de l'opium à fumer qui était par la suite utilisé dans les fumeries du quartier chinois de Vancouver ou tout simplement vendu à la clientèle blanche. Comme l'a mentionné le professeur Boyd lors de son témoignage devant le Comité :

¹⁵ William L. Mackenzie King, *Rapport sur la nécessité de supprimer le commerce de l'opium au Canada*. Ottawa, Document parlementaire 36b, 1908, 18 pages

¹⁶ *Ibid.*, pages 7-8.

¹⁷ Beauchesne, L., (1991) *op. cit.*, page 125.

« Au fil du temps, autant d'opium à fumer était vendu aux Blancs qu'aux Chinois. On retrouve des annonces publicitaires dans les vieux numéros du "Province" de Vancouver ou du "Time Colonist" de Victoria. Aucune inquiétude ou colère ne transparaît au sujet de ces établissements d'opium à fumer, mais on trouve des annonces publicitaires. »¹⁸

En 1883, on dénombrait trois usines de fabrication d'opium à fumer à Victoria et, en 1891, on trouvait plus de 10 fumeries dans les quartiers chinois des grandes villes de l'Ouest canadien.¹⁹ L'essor de cette industrie favorisait le gouvernement de la Colombie-Britannique puisque ce dernier imposait un tarif douanier sur l'opium brut de 10 % à 25 %.

« Si je pouvais nous ramener il y a une centaine d'années à Vancouver, Victoria et New Westminster, je pourrais vous montrer des établissements de consommation d'opium qui avaient ouvert leurs portes au cours des années 1870 et ont été exploités pendant une trentaine d'années sans que personne ne s'en plaigne. Ce sont des préoccupations reliées au surplus de main d'œuvre et à la dépression, pendant la première décennie du XXe siècle, qui ont été à l'origine de la première loi. Il convient de noter que la Loi sur l'opium et les drogues narcotiques de 1908 a été proposée par le ministre du Travail. Lorsqu'il a proposé la loi, il a déclaré : « nous allons pouvoir tirer parti de cette émeute » en parlant de l'émeute contre les Asiatiques qui sévissait à Vancouver en septembre 1907.

Imaginez aujourd'hui qu'un ministre du Travail propose une loi antidrogue pour essayer de tirer parti d'une crise de la main d'œuvre sur la côte ouest du Canada. C'était un peu la même chose en Californie. »²⁰

Même si la Commission royale d'enquête de 1885 n'a pas recommandé de mesures spécifiques concernant la production ou l'usage d'opium à fumer, elle a tout de même indiqué que fumer une telle substance était une habitude païenne incompatible avec le mode de vie d'une nation chrétienne.²¹ Selon Line Beauchesne, la croisade contre l'opium qui a succédé à ce rapport entraînera peu à peu le rejet du fumeur d'opium.²² Les résultats d'une enquête produite par l'*American Pharmaceutical Association* en 1903 sur l'usage des drogues affirmait que la consommation de drogues était répandue dans toute la société américaine, mais plus spécifiquement au sein de deux groupes sociaux, soit les immigrés chinois et les Noirs. Cette étude a probablement eu une influence sur certains parlementaires fédéraux et les mouvements de tempérance qui ont utilisé des arguments similaires jusqu'au début des années 1930 pour justifier la prohibition de l'opium et d'autres drogues.²³

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ Giffen, P.J. et coll., (1991) *op. cit.* page 125.

²⁰ Témoignage de Neil Boyd, professeur de criminologie, Université Simon Fraser, devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, deuxième session de la trente-sixième législature, 16 octobre 2000, fascicule 1, page 49.

²¹ Beauchesne, L., *op. cit.* page 128.

²² *Ibid.*, page 128.

²³ Ati-Dion, G., (1999) *op. cit.* page 25.

En somme, bien que des considérations économiques furent au cœur du sentiment antiasiatique, les mouvements de tempérance et les groupes religieux ont tiré profit de cette situation afin de promouvoir leur discours non seulement dans la région immédiate de la Colombie-Britannique, mais également dans le reste du pays. Ces événements ont attiré l'attention de la population sur les « dangers » de l'opium pour la société canadienne.

La Loi sur l'opium de 1908

Le 10 juillet 1908, le ministre du Travail proposa à la Chambre des communes l'adoption d'une motion pour interdire : « *l'importation, la fabrication et la vente de l'opium à des fins autres que des fins médicales.* »²⁴ Cette motion fut adoptée sans débat. Le ministre déposa le projet de loi 205, la *Loi prohibant l'importation, la fabrication et la vente de l'opium à toutes fins autres que celles de la médecine* (Loi sur l'opium de 1908).²⁵ L'article premier de la loi interdisait l'importation d'opium sans autorisation du ministre des Douanes. De plus, on ne pouvait utiliser cette drogue à des fins autres que médicales. La fabrication, la vente et la possession en vue de la vente d'opium brut ou préparé à l'usage des fumeurs étaient également prohibées. Quiconque enfreignait ces dispositions pouvait être déclaré coupable d'un acte criminel passible d'une peine d'emprisonnement maximale de trois ans, d'une amende minimale de 50 \$ pouvant aller jusqu'à un maximum de 1 000 \$ ou de l'une de ces deux peines. Même si elle interdisait l'usage de l'opium, cette loi visait les commerçants d'opium, en majorité des Chinois, et non les simples usagers. Le projet de loi a été sanctionné le 20 juillet 1908.

Loi sur l'opium et les narcotiques de 1911

L'adoption de la *Loi sur l'opium* allait entraîner jusqu'au début des années 30 le dépôt de 8 nouvelles lois visant à la rendre à la fois plus contraignante et efficace. Le 26 janvier 1911, Mackenzie King, devenu ministre du Travail, déposa le projet de loi 97, la *Loi à l'effet de prohiber l'usage illicite de l'opium et d'autres drogues* (Loi sur l'opium et les narcotiques de 1911).²⁶ Lors du débat à l'étape de la deuxième lecture, Mackenzie King a invoqué trois raisons qui l'ont motivé à déposer ce texte législatif : la Commission de Shanghai, la panique suscitée à Montréal par l'usage de cocaïne et l'octroi de pouvoirs spéciaux aux policiers afin de garantir l'application efficace de loi. La Commission de Shanghai avait adopté certaines résolutions non-contraignantes incluant : mettre fin graduellement à l'habitude consistant à fumer de l'opium, en tenant compte de circonstances particulières de chaque pays; interdire l'usage de l'opium ainsi que de ses alcaloïdes ou dérivés (morphine, héroïne, etc.) et d'autres drogues à des fins

²⁴ Hansard, Chambre des communes, 10 juillet 1908, page 13182

²⁵ Statuts du Canada 1908, Ch. 50

²⁶ Statuts du Canada 1911, Ch. 17

autres que médicales; et interdire l'exportation de ces substances dans les pays qui prohibent leur usage.

Aucun député n'a soulevé d'objections quant aux quatre drogues ajoutées à l'annexe de la loi, soit la cocaïne, l'opium, la morphine ou l'eucaine. L'article 14 de la loi prévoyait aussi que le gouverneur en conseil pouvait, par décret, ajouter à l'annexe tout alcaloïde, sous-produit ou préparation des drogues dont l'addition était jugée nécessaire dans l'intérêt public – *pouvoir que l'on retrouve encore aujourd'hui*. Ceci fut justifié en précisant que si l'usage d'une nouvelle drogue se répandait rapidement dans la société, l'ajout de cette dernière à l'annexe se ferait plus rapidement par règlement que par l'adoption d'un projet de loi.²⁷ D'autres dispositions de la loi concernaient l'usage de l'opium, les pouvoirs de perquisition octroyés aux policiers, les ordonnances de confiscation ou de restitution des drogues saisies ainsi que le renversement du fardeau de la preuve dans le cas d'une affaire de simple possession de drogues au détriment de l'accusé. On a aussi éliminé la possibilité de demander à un tribunal supérieur l'émission d'un bref de *certiorari* lors de poursuites intentées en vertu de ce texte législatif.

La période de l'après Première Guerre mondiale a entraîné une série de modifications importantes aux infractions, sanctions, pouvoirs policiers et procédures criminelles prévus par la *Loi sur l'opium et les narcotiques*. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette effervescence législative : les inquiétudes suscitées par les textes d'Emily Murphy sur l'ampleur du « fléau » de la drogue au Canada²⁸ ; la reprise des conflits entre les Blancs et les Asiatiques en Colombie-Britannique ; la mobilisation des associations de médecins et de pharmaciens afin d'éviter que la loi n'enfreigne leurs activités ; la création, en 1919, du ministère de la Santé et de la puissante Division des narcotiques (l'ancêtre de l'actuel Bureau sur les substances contrôlées), chargés de l'application des accords internationaux en matière de stupéfiants au Canada ; la création, en 1919, de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), responsable de l'application de la *Loi sur l'opium et les narcotiques* ; l'adoption du *Harrison Narcotic Act* aux États-Unis en 1914 ; et la mobilisation de la communauté internationale afin d'appliquer la *Convention internationale de l'opium* (La Haye - 1912), application qui fut imposée à certains pays par le Traité de Versailles de 1919.

La création de la Division des narcotiques

L'adoption du *Harrison Narcotic Act* aux États-Unis et la mobilisation de la communauté internationale afin d'appliquer la Convention de La Haye avaient rapidement révélé trois lacunes majeures de la *Loi sur l'opium et les narcotiques* de 1911.²⁹

La première difficulté est apparue au moment de contrôler les importations et les exportations de stupéfiants. La loi ne contenait qu'une vague indication concernant le

²⁷ Hansard, Chambre des communes, 26 janvier 1911, page 2665

²⁸ Nous en avons discuté au chapitre 10.

²⁹ Giffen, P.J., et coll., *op. cit.* page 105.

commerce de drogues à des fins médicales ou scientifiques. Dans ce contexte, les douaniers hésitaient à saisir les cargaisons d'opium ou d'autres drogues.

La deuxième difficulté provenait de l'adoption aux États-Unis du *Harrison Narcotic Act*, une loi semblable à celle adoptée au Canada en 1911. Toutefois, elle imposait un système de licences émises aux entreprises par le gouvernement fédéral qui autorisaient l'importation ou l'exportation de drogues. Cela a eu pour résultat de créer une demande importante de stupéfiants illicites aux États-Unis. Comme l'offre de ces substances au Canada excédait la demande des consommateurs, les trafiquants ont vite saisi l'occasion d'affaire et exporté leurs surplus aux États-Unis. Cette activité était devenue tellement rentable qu'en 1918, un comité du Sénat américain a déposé une plainte officielle au gouvernement canadien à propos du trafic de stupéfiants.

La troisième et dernière difficulté relevait du fait que, très tôt, les trafiquants ont pu échapper aux dispositions de la Loi de 1911 puisque son application n'était pas centralisée au sein d'un seul organisme gouvernemental. D'un côté, le ministère des Douanes tentait tant bien que mal de contrôler le commerce légal de drogues alors, que de l'autre, les services de police municipaux s'occupaient du trafic illégal, activité qui devenait toujours plus sophistiquée d'année en année, nécessitant ainsi l'octroi de nouveaux pouvoirs aux policiers.³⁰

Les nombreuses modifications à la loi afin de corriger ces problèmes seront, en partie, orchestrées par F. W. Cowan premier patron de la nouvelle Division des narcotiques du ministère de la Santé (1919-1927) et, surtout, par le Colonel C. H. L. Sharman, un ancien officier de la GRC son successeur (1927-1946). Cowan a vite compris après son arrivée à la tête de cette nouvelle division qu'il devait centraliser le contrôle du commerce licite et illicite de drogues pour garantir une application efficace de la loi et, par le fait même, assurer la survie à long terme de son organisation. Sous sa gouverne, un réseau imposant de communication fut créé et, à la fin des années 20, il englobait les autres directions du ministère de la Santé, le ministère de la Justice ainsi que les avocats engagés pour mener les poursuites relatives aux stupéfiants, la GRC, les médias, les services de police municipaux, les associations représentant les médecins et les pharmaciens, les gouvernements et agences d'autres pays chargées d'appliquer la loi, notamment les États-Unis, et les organismes internationaux de contrôle des stupéfiants créés par la Société des Nations.

Sous l'impulsion de Sharman, l'administration des renseignements en provenance de tous ces acteurs sera éventuellement menée uniquement par la Division, et non plus au ministère de la Justice ou à la GRC. Ainsi, le directeur pouvait avoir un portrait de l'évolution de la situation des drogues et, par le fait même, devenait un « expert » dans ce domaine. Un ancien fonctionnaire de la division a d'ailleurs qualifié le Colonel Sharman de « *tsar dirigeant son propre empire*. »³¹ Son influence s'est accrue lorsque la Division fut placée sous l'autorité du sous-ministre de la Santé. Cette réorganisation a

³⁰ *Ibid.*, page 105-121.

³¹ *Ibid.*, page 144.

favorisé une relation plus étroite et directe avec le ministre et les parlementaires, lui permettant ainsi de court-circuiter les propositions venant d'autres divisions du ministère. D'ailleurs, lorsque viendra le temps de proposer des nouvelles infractions, sanctions, procédures criminelles ou de nouveaux pouvoirs policiers, au cours des années 20, la Division n'hésitera pas à utiliser la « panique » provoquée par les médias à Vancouver ou les textes d'Emily Murphy pour justifier ces modifications.³²

Du point de vue de l'application de la loi, cette structure fut très utile. Par exemple, jusqu'aux années 50, du moment qu'un policier ou un avocat, peu importe où il se trouvait au Canada, informait le directeur de la Division d'une faille dans la loi, ce dernier rédigeait des propositions d'amendements, recourait à son réseau afin de mener des consultations rapides sur les modifications proposées et, incitait, si nécessaire, le ministre de la Santé à déposer une loi afin de corriger la situation problématique. La bureaucratie fédérale des drogues, telle qu'on la connaît aujourd'hui, était née !

Dans ce contexte, la création d'un tel réseau a eu des conséquences importantes sur l'orientation de la législation canadienne sur les drogues :

[Traduction] « À court terme, l'établissement d'une autorité administrative [la Division] pour appliquer les lois sur les narcotiques aura comme conséquence imprévue la création d'un groupe de pression centralisé qui avait l'influence et la motivation pour jouer un rôle important dans l'évolution future de la loi. Cette centralisation des pouvoirs et de l'expertise combinée au fait que les ressources [loi, policiers, etc.] étaient dirigées vers les groupes les plus faibles de la société permet d'expliquer l'absence virtuelle de critiques efficaces ou propositions d'alternatives pour le contrôle des drogues entre 1920 et 1950. »³³

Les amendements à la Loi sur l'opium et les narcotiques (1920-1938)

De nombreuses modifications ont été faites à la Loi de 1911, avant qu'elle ne soit revue en profondeur en 1938. C'est au cours de cette période que le cannabis fut ajouté à l'annexe de la loi.

Modifications de la liste des substances à l'annexe : l'ajout du cannabis

De 1911 à 1938, plusieurs drogues furent ajoutées à l'annexe de la *Loi sur l'opium et les narcotiques*. La Loi de 1911 ne visait le contrôle que de quatre drogues. En 1938, lorsque la *Loi modifiant la Loi sur l'opium et des narcotiques*³⁴ fut adoptée, l'annexe comptait plus de 15 drogues, incluant leurs dérivés ou sels, dont le cannabis, ajouté en 1923.

Lors des travaux du Comité plénier entourant l'étude de la Loi de 1923, le ministre de la Santé, Henri-Séverin Béland, a tout simplement déclaré au sujet de cette substance: « Il y a un nouveau narcotique dans la liste. »³⁵ C'est de cette façon que le

³² *Ibid.*, pages 138-146.

³³ *Ibid.*, page 127.

³⁴ Statuts du Canada, 1938, Ch. 9.

³⁵ Hansard, Chambre des communes, 23 avril 1923, page 2117.

cannabis s'est retrouvé à l'annexe de la Loi. Selon Giffen, les circonstances qui ont mené à cette décision demeurent obscures puisque, jusqu'en 1932, la question des effets du cannabis sur la santé physique, psychologique ou morale d'un individu n'avait jamais été soulevée par les parlementaires. Giffen a d'ailleurs qualifié la criminalisation de cette drogue de « solution sans problème ».

Aux États-Unis, à partir de 1890, certains médecins américains se sont inquiétés du fait que la puissance du cannabis était trop variable et que les réactions individuelles lorsqu'il était ingéré par voie orale semblaient imprévisibles. Ainsi, en dépit de la présence de drogues beaucoup plus dangereuses telles les barbituriques et les opiacés, le cannabis fut délaissé par les médecins. Au début du siècle, la découverte du caractère hallucinogène du cannabis a largement contribué à établir sa réputation comme drogue dangereuse. Toutefois, les rédacteurs du *Harrison Narcotic Act* n'avaient pas jugé nécessaire de l'assujettir aux contrôles prévus par la loi.³⁶ Mais, en 1915, la Californie est devenue le premier État américain à prohiber l'usage de cette drogue et au début des années 20, la marijuana « était devenue une drogue marginale d'importance associée à l'afflux de travailleurs mexicains au sud des États-Unis dans les années 1910 et 1920. »³⁷ Tout comme dans le cas de l'opium, les conflits de travail, les intérêts économiques des grandes entreprises ainsi que la moralité allaient servir de catalyseurs pour créer un mouvement populaire favorisant la prohibition du cannabis aux États-Unis, menant à l'adoption de la *Marijuana Tax Act* en 1937 qui interdisait l'usage et la production du cannabis.

Contrairement aux États-Unis, il n'existe pas de compte rendu de l'utilisation du cannabis à des fins médicales avant 1930 au Canada.³⁸ Et contrairement à la Californie, le Canada ne faisait pas face à une immigration de travailleurs mexicains. Qu'est-ce qui explique l'ajout du cannabis à l'annexe de la Loi sur l'opium ?

En 1922, Emily Murphy faisait référence aux effets nocifs du cannabis sur le comportement humain dans un livre intitulé « *The Black Candle* » où elle reprenait la plupart des articles qu'elle avait publiés dans le magazine *MacLean's*. Dans le chapitre intitulé : « *Marijuana – Une nouvelle menace* » elle rapportait les propos du chef de police de Los Angeles qui décrivaient les effets « terribles » du cannabis.

Mais les recherches de Giffen dans les archives du ministère de la Santé indiquent que ce discours alarmiste et fortement imprégné de moralité ne serait pas à l'origine de l'ajout du cannabis à l'annexe de la *Loi de l'opium et des narcotiques*, d'autant plus qu'à l'époque, il était à peu près inconnu au pays et sa consommation n'était pas un problème.³⁹ Cette affirmation est confirmée par l'article 7 de la Loi de 1932 qui modifiait une disposition de la Loi de 1920 en permettant la fabrication, la vente ou la

³⁶ Beauchesne, L., (1991) *op.cit.*, page 117.

³⁷ Spicer, L., (2002) *Utilisations historiques et culturelles du cannabis et le débat sur la marijuana au Canada*, Ottawa : Division de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, rapport préparé pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, page 20. Disponible en ligne à www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

³⁸ *Ibid.*, page 21.

³⁹ Giffen, P.J. et coll., *op. cit.* page 179.

distribution, sans permis, de médicaments s'ils ne contiennent que de faibles quantités de certaines drogues inscrites à l'annexe. En 1932, cette mesure pouvait désormais s'appliquer au cannabis. D'ailleurs, lors des débats parlementaires entourant l'adoption de ce texte législatif, la découverte de l'existence de cette drogue semble avoir suscité l'intérêt de certains parlementaires. Lors du Comité plénier, le député Ernest Lapointe a demandé au ministre de la Santé : « *Qu'entend-on par cannabis sativa?* » Le ministre lui a répondu : « *Jusqu'ici cette drogue n'était pas incluse dans la liste des produits qu'on pouvait employer. Je crois que c'est une forme de drogue qui s'emploie dans l'Inde et qu'on nomme communément haschisch. [...] On ne s'oppose pas à son emploi.* »⁴⁰

En somme, il est remarquable que, plus de soixante-quinze ans plus tard, on ne sache toujours pas pourquoi le cannabis s'est retrouvé parmi les drogues prohibées. Par contre, on n'a pas manqué de « trouver des raisons » au cours des années subséquentes.

Sous l'influence des campagnes médiatiques américaines reprises par les journaux canadiens et de récits horribles de policiers au sujet de jeunes Canadiens physiquement et moralement détruits après avoir consommé du cannabis, le discours des parlementaires fédéraux allait en effet devenir de moins en moins tolérant envers cette drogue. La Loi de 1938, adoptée un an après l'adoption aux États-Unis du *Marijuana Tax Act*, allait marquer l'aboutissement de cette « nouvelle panique ». L'article 3 de cette loi interdisait à quiconque la culture du cannabis ou du pavot somnifère sans avoir préalablement obtenu un permis du ministère de la Santé. Les peines pour cette nouvelle infraction étaient les mêmes que celles prévues pour le trafic ou la simple possession de cannabis. Cette mesure était exceptionnelle puisque, contrairement aux autres drogues de l'annexe, la Canada jouissait, pour la première fois, de conditions climatiques favorables à la culture et la production d'une drogue sur son territoire. D'ailleurs, en analysant les débats parlementaires, on apprend que le ministère de l'Agriculture a mené des expériences scientifiques au sujet du chanvre industriel en faisant pousser du cannabis sur le territoire de la Ferme expérimentale à Ottawa et dans un autre centre de recherche, situé près de Montréal. De plus, certains entrepreneurs en Ontario cultivaient toujours le chanvre. La Loi de 1938 allait mettre fin définitivement à cette pratique.

Suite à l'introduction du projet de loi, le ministre de la Santé, Charles Power, a déclaré, au sujet de l'article 3 : « [...] *les amendements proposés se rapportent aux efforts tentés par le ministère pour contrôler ce qui constitue, non pas une nouvelle drogue, mais une menace pour la jeunesse de notre pays.* »⁴¹ Plus loin, il a mentionné qu'il était très dangereux de fumer des cigarettes de marijuana. Afin de démontrer cette affirmation, il a cité un rapport préparé par Harry J. Anslinger, premier commissaire du *Federal Bureau of Narcotics* dans lequel il qualifiait cette drogue : « *de truense de jeunesse [et] qu'on doit y voir l'un des plus grands dangers pour les États-Unis.* »⁴² Le ministre de la Santé déclarera néanmoins que la

⁴⁰ Hansard, Chambre des communes, 1932, page 1780.

⁴¹ Hansard, Chambre des communes, 24 février 1938, page 793.

⁴² Hansard, Chambre des communes, 24 février 1938, page 794.

situation, au Canada, n'était pas aussi grave qu'aux États-Unis. Les déclarations du ministre de la Santé sur la nocivité du cannabis ne seront contestées par aucun député et ce, même s'il n'a étayé ses propos d'aucune donnée de recherche.

Les modifications les plus importantes à l'annexe sont survenues en 1932, suite à l'adoption de la *Loi modifiant la Loi sur l'opium et les narcotiques* (Loi de 1932).⁴³ À cette occasion, plus de 10 substances psychoactives furent ajoutées à l'annexe, nouvelles drogues naturelles (comme la feuille de coca) ou synthétiques. L'inclusion de ces substances coïncidait avec l'adoption, en 1931, de la *Convention de Genève pour limiter la fabrication et réglementer la distribution des stupéfiants*, le Colonel Sharman, ayant largement contribué aux négociations menant à la signature de cette convention. C'est d'ailleurs à cette époque que le Canada a commencé à jouer un rôle actif sur la scène internationale en matière de drogues, appuyant les efforts des États-Unis et de Harry J. Anslinger pour mieux contrôler le commerce de stupéfiants à l'échelle internationale, notamment dans les pays producteurs.⁴⁴

Lors du débat sur l'adoption de la Loi de 1932, loi qui devait mettre en oeuvre les dispositions de la Convention de 1931 dans le droit canadien, aucune question ne fut posée au ministre de la Santé, Murray McLaren, au sujet des raisons qui ont incité son ministère à insérer dans l'annexe les drogues précitées.

Modifications des peines

Les peines imposées pour trafic ou possession illégale de stupéfiants furent modifiées à plusieurs reprises au cours de cette période. De plus, d'autres infractions ont été créées au fur et à mesure que les techniques des trafiquants pour contourner la loi devenaient de plus en plus sophistiquées. Selon Giffen, plusieurs raisons expliquent la recherche de flexibilité par les autorités responsables de l'application de la loi :

[Traduction] « *La flexibilité dans les peines a permis de contourner les hésitations des tribunaux à condamner sévèrement les crimes moins graves ou qui impliquaient des gens de classes sociales aisées. À cette époque, les situations de ce genre étaient fréquentes puisque la population de toxicomanes était relativement hétérogène. De plus, l'appui populaire à la loi dans les communautés locales pouvait être maintenu en évitant l'imposition de peines injustes.* »⁴⁵

Cette flexibilité élargissait le nombre d'options offertes aux policiers et aux procureurs de la Couronne leur permettant de négocier plus facilement des plaidoyers de culpabilité, décider du type de poursuite ou d'utiliser les accusés comme informateurs ou agents d'infiltration en leur promettant une peine moindre ou le retrait des accusations. Elle permettait également, dans certains cas, l'imposition d'une peine

⁴³ Statuts du Canada, 1932, Ch. 20.

⁴⁴ Sinha, J. (2001) *L'histoire et l'évolution des principales conventions internationales de contrôle des stupéfiants*, Ottawa : Bibliothèque du Parlement, Division de la recherche parlementaire, rapport préparé pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, page 15. Disponible à www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

⁴⁵ *Ibid.*, page 199.

minimale en réduisant la discrétion accordée au tribunal dans la détermination de la peine. L'augmentation des peines envoyait aussi un message clair aux juges sur la gravité ainsi que le niveau de réprobation sociale des crimes relatifs aux drogues. La possibilité de poursuite par procédure sommaire réduisait, quant à elle, les délais entre le moment d'une arrestation et celui de l'imposition d'une sentence. On pouvait ainsi augmenter sensiblement le nombre de condamnations. Cela était particulièrement important puisque plus le nombre de condamnations était élevé, plus la population constatait l'efficacité de la loi ainsi que l'ampleur du problème.⁴⁶

La Loi de 1911 prévoyait une peine d'emprisonnement maximale d'un an, une amende maximale de 500 \$ ou l'une de ces deux peines. En 1920, suite à la l'adoption de la *Loi modifiant la Loi sur l'opium et les narcotiques* (Loi de 1920)⁴⁷, une amende minimale de 200 \$ était imposée et son maximum était augmenté à 1000 \$. En 1921, la *Loi modifiant la Loi sur l'opium et les narcotiques* (Loi de 1921)⁴⁸ a modifié de façon importante la peine imposée pour ce type d'infraction. Ainsi, on créait des infractions mixtes (procédure sommaire et mise en accusation) pour ces deux activités illégales. Dans le cas d'une poursuite par mise en accusation, une peine d'emprisonnement maximale de sept ans pouvait être imposée. Dans le cas d'une déclaration de culpabilité par procédure sommaire, la peine de prison maximale était portée à 18 mois à laquelle une période additionnelle de 12 mois pour défaut de paiement d'une amende pouvait être ajoutée par le tribunal. En 1922, la *Loi modifiant la Loi sur l'opium et les narcotiques* (Loi de 1922)⁴⁹ a modifié la peine d'emprisonnement imposée pour une déclaration de culpabilité par procédure sommaire en prévoyant l'imposition d'une peine de prison minimale de six mois. En 1925, le Parlement a adopté une modification prévoyant l'imposition, à la discrétion du juge, d'une peine de travaux forcés lors d'une condamnation par procédure sommaire pour simple possession d'une drogue.

En 1921, on créa une infraction concernant la vente, le don ou la distribution de drogues par un trafiquant auprès d'un mineur. On ne pouvait poursuivre cette personne que par mise en accusation et quiconque était reconnu coupable pouvait écoper d'une peine d'emprisonnement maximale de sept ans. Suite à un débat hautement émotif, on retira la peine de fouet à l'infraction, peine qui avait été proposée par un député. Toutefois, l'année suivante, lors de l'étude de la Loi de 1922 en Comité plénier, ce même député proposa à nouveau l'imposition de la peine de fouet pour le trafiquant qui vend de la drogue à un mineur. À la fin du débat, le ministre de la Santé accepta d'ajouter la peine du fouet à la loi. Il est à noter qu'en 1929, les parlementaires fédéraux se sont prononcés sur l'élargissement de la peine de fouet aux infractions de trafic et simple possession de drogues prévue par la *Loi modifiant et codifiant la Loi sur l'opium et des narcotiques* (Loi de 1929).⁵⁰

⁴⁶ *Ibid.*, pages 199-200.

⁴⁷ Statuts du Canada, 1920, Ch. 31.

⁴⁸ Statuts du Canada, 1921, Ch. 42.

⁴⁹ Statuts du Canada, 1922, Ch. 22.

⁵⁰ Statuts du Canada, Ch. 49.

Une autre peine importante fut introduite dans la Loi de 1922, la déportation des immigrants. L'article 5 de ce texte législatif, prévoyait que, nonobstant les dispositions contraires de la *Loi sur l'immigration*, tout immigrant déclaré coupable de trafic, de simple possession ou de vente de drogues à un mineur pouvait être déporté hors du Canada. De 1922 à 1944, date des dernières déportations d'immigrants pour une affaire de drogue, plus de 1 082 Chinois (82 %) furent déportés comparativement à 163 Américains (13 %) et 68 autres personnes d'origines ethniques diverses (5 %) pour un total de 1 313 déportations. En 1930, la «panique» en Colombie-Britannique était chose du passé, mais au cours des huit années précédentes, plus de 638 Chinois avaient été déportés par les autorités canadiennes.⁵¹

On trouve aussi d'autres infractions dans la législation à l'époque, par exemple : la possession de pipes, lampes ou tout autre équipement pour la préparation ou consommation d'opium ; le trafic de drogues par courrier ; et l'obtention de drogues en consultant deux médecins. Entre 1922 et 1930, 7096 personnes furent condamnées pour une infraction à la *Loi sur l'opium et les narcotiques*. De ce nombre, plus de 4 900 étaient des Chinois, soit une proportion de 69 %.⁵²

Les pouvoirs policiers

De 1920 à 1930, grâce à plusieurs modifications à la *Loi sur l'opium et les narcotiques*, les policiers ont obtenu de nouveaux pouvoirs. Ces modifications ont porté plus particulièrement sur les pouvoirs de perquisition. L'article 7 de la Loi de 1911 prévoyait la délivrance d'un mandat de perquisition autorisant, si le policier avait des motifs raisonnables, la fouille des lieux suivants : maison d'habitation, magasin, boutique, entrepôt, jardin ou navire, et la saisie de drogues qui s'y trouvaient ainsi que les contenants dans lesquels elles avaient été découvertes. L'article 3 de la Loi de 1922 prévoyait la possibilité de mener sans mandat une fouille ou perquisition de drogues, le jour comme la nuit, dans les lieux précités. Toutefois, dans le cas d'une maison d'habitation, le policier devait obtenir un mandat.

L'article 8 de la Loi de 1911 prévoyait que les drogues saisies ainsi que les contenants dans lesquels elles avaient été trouvées pouvaient être confisqués, par le biais d'une ordonnance, au profit du tribunal et détruites après la condamnation de l'accusé. Toutefois, l'article 9 imposait certaines conditions à la procédure prévue par l'article 8. En effet, si l'accusé avait été acquitté, il disposait d'une période maximale de trois mois pour demander que le tribunal lui émette une ordonnance de restitution des drogues saisies. Si elles n'étaient pas réclamées au cours de cette période, elles devaient être détruites. La Loi de 1921 a légèrement modifié ces deux dispositions en précisant que, dorénavant, les drogues ainsi que les contenants dans lesquels elles étaient trouvées seraient confisqués au profit du ministre de la Santé qui en disposerait à sa guise. Cette modification avait été jugée nécessaire par la Division des narcotiques puisque plusieurs

⁵¹ Giffen, P.J. et coll., *op. cit.*, page 596.

⁵² *Ibid.*, page 594.

juges, plutôt que d'ordonner la destruction des ces matières, les envoyaient dans les hôpitaux. La Division craignait que les drogues ainsi retournées ne retombent entre les mains des trafiquants.

En 1923, les pouvoirs de perquisition et l'application des ordonnances de confiscation ont été étendus aux véhicules dans lesquels une drogue était trouvée. En 1929, cette procédure fut élargie à tous les véhicules de trafiquants peu importe s'il y avait eu ou non une telle substance à l'intérieur. On voulait ainsi nuire aux activités des trafiquants et éviter qu'après leur condamnation une automobile ne soit utilisée par un autre criminel. Cette procédure fut ensuite étendue aux aéronefs. En 1925, le Parlement, avec l'adoption de la *Loi modifiant la Loi sur l'opium et les narcotiques* (Loi de 1925)⁵³ autorisa un policier à fouiller toute personne se trouvant sur les lieux de la perquisition avec ou sans mandat.

La Loi de 1929 a accordé un pouvoir de perquisition extraordinaire aux policiers. L'article 22 de ce texte législatif permettait l'émission à un policier d'un mandat de main-forte. Il s'agissait d'un pouvoir général, sans restriction de temps ni de lieu, qui demeurerait valide pendant toute la carrière de l'agent de la paix. Ce mandat autorisait son récipiendaire à entrer à toute heure, avec l'aide des personnes qu'il estimait nécessaires, dans une maison d'habitation pour y faire des fouilles et saisir des drogues. Le mandat de main-forte permettait ainsi de contourner l'interdiction de fouiller ou saisir des drogues dans une maison d'habitation sans mandat. Au même moment, la loi fut également amendée afin d'autoriser les policiers lors de fouilles ou saisies avec ou sans mandat de recourir, si nécessaire, à la force pour réaliser une perquisition et d'être assistés par d'autres personnes que des agents de la paix.

⁵³ Statuts du Canada, 1925, Ch. 20.

La procédure criminelle

Au cours des années 20, une autre modification importante aura pour but de faciliter les condamnations dans les poursuites impliquant des stupéfiants : le renversement du fardeau de la preuve au détriment de l'accusé. C'est dorénavant à ce dernier, et non plus au procureur de la Couronne, qu'il appartient de prouver qu'il n'a pas commis le crime pour lequel il est accusé. En droit pénal britannique, la tâche de prouver la culpabilité d'un accusé revient traditionnellement à la Couronne, d'où l'origine de l'expression : « présumé innocent jusqu'à preuve du contraire ».

L'article 10 de la Loi de 1911 prévoyait que, dans le cas d'une poursuite pour simple possession ou trafic de drogues (à l'exception de l'importation et l'exportation), l'accusé devait prouver soit l'existence d'une excuse légitime, soit l'utilisation de telles substances à des fins thérapeutiques ou scientifiques pour être acquitté. Lorsqu'en 1920, le Parlement a modifié la *Loi sur l'opium et les narcotiques* afin de mieux encadrer les importations et les exportations, la fabrication, la vente et la prescription par les médecins des drogues inscrites à l'annexe par le biais d'un permis, la procédure établie en 1911 fut modifiée afin de spécifier que l'accusé devait prouver qu'il disposait d'un permis dûment émis par le ministère de la Santé pour être acquitté.

Or, l'article premier de la Loi de 1921 a élargi l'application du renversement du fardeau de la preuve à toute personne qui possédait ou occupait un endroit (logement, magasin, boutique, entrepôt, jardin ou navire) où une drogue avait été trouvée. Selon le libellé de l'article, elle était réputée posséder une telle substance si elle était incapable de prouver qu'elle était à cet endroit sans son consentement ou ignorait que la drogue s'y trouvait.

L'article prévoyait également l'application de cette procédure lorsqu'une personne était accusée de trafic d'opium brut ou préparé pour l'usage des fumeurs sans avoir préalablement obtenu un permis émis par les autorités fédérales. En 1923, la *Loi à l'effet de prohiber l'usage illicite de l'opium et autres drogues* (Loi de 1923)⁵⁴ a étendu l'application de la procédure de renversement du fardeau de la preuve aux infractions relatives à l'exportation ou l'importation d'une drogue sans permis. Dans les cas impliquant la prescription ou l'administration à des fins non-thérapeutiques d'une substance inscrite à l'annexe, un médecin ou un pharmacien devait prouver que cette substance avait été uniquement utilisée à des fins médicales.

La Loi de 1923 a annulé une autre garantie juridique fondamentale : le droit d'appel. En effet, l'article 25 annulait le droit d'appel dans le cas d'une déclaration de culpabilité par procédure sommaire dans les cas de simple possession, de trafic de drogues sans permis ou lors de la vente, du don ou de la distribution d'une drogue à un mineur, une infraction qui était pourtant uniquement punissable par voie de mise en accusation ! L'article 26 de la Loi de 1929 a élargi cette procédure à la possession ou au trafic d'une substance qui *s'apparente* à une drogue. Cette nouvelle procédure rendait

⁵⁴ Statuts du Canada, Ch. 22.

caduque la disposition adoptée en 1911 interdisant toute demande de bref de *certiorari* et la Division des narcotiques a jugé bon de la retirer de la loi, ce qui fut fait en 1929.⁵⁵

Deux autres modifications importantes furent apportées à la *Loi sur l'opium et les narcotiques* entre 1920 et 1930 : l'admissibilité du certificat d'un analyste fédéral et l'application des dispositions de la *Loi sur l'identification des criminels* suite à une déclaration de culpabilité par procédure sommaire. L'article premier de la Loi de 1921 avait modifié la procédure judiciaire applicable en matière de poursuites relatives aux drogues en permettant l'admissibilité du certificat d'un analyste fédéral en preuve relativement à une ou plusieurs drogues saisies par les policiers. Les tribunaux, cependant, hésitaient à accepter le certificat parce qu'ils étaient incapables d'authentifier la signature de l'analyste⁵⁶ ou de confirmer sa nomination. En 1929, un amendement fut apporté à la *Loi sur l'opium et les narcotiques* (article 18) précisant que, dorénavant, le certificat constituait une preuve *prima facie* et péremptoire du statut de la personne qui le donnait ou l'émettait. Dans ce contexte, la preuve de la nomination de cette personne ou l'authentification de sa signature n'était plus nécessaire.

En 1923, la *Loi sur l'opium et les narcotiques* fut amendée pour que s'appliquent aux personnes condamnées suite à une déclaration de culpabilité par procédure sommaire les dispositions de la *Loi sur l'identification des criminels*. L'article 2 de cette loi autorisait la prise des empreintes digitales, des photographies ainsi que des mensurations par un policier uniquement dans le cas de poursuites par voie de mise en accusation. Ces renseignements constituent le « casier judiciaire » officiel d'un individu qui est conservé dans les fichiers nationaux de la police avec toutes les conséquences que cela implique en matière de stigmatisation sociale, professionnelle ou familiale. Or, du point de vue de la Division des narcotiques, cette modification était avantageuse puisqu'elle permettrait dorénavant d'établir des dossiers et de mieux surveiller les toxicomanes condamnés par procédure sommaire.

Les mesures de contrôle

La *Loi modifiant la Loi de l'opium et des drogues narcotiques* (Loi de 1920)⁵⁷ établissait un régime de contrôle du commerce légal de stupéfiants via un système de permis qui étaient émis aux entreprises, pharmaciens ou médecins par le ministère de la Santé le tout dans le but de mieux encadrer l'approvisionnement du Canada en drogues pour des fins médicales ou scientifiques. Ainsi, la Loi prévoyait : l'interdiction d'importer ou d'exporter des drogues dans un port non-désigné à cette fin par les autorités fédérales ; l'émission de permis pour l'importation, l'exportation, la fabrication, la vente et la distribution de drogues ; l'imposition de critères concernant l'emballage et l'étiquetage de paquets contenant de telles substances ; l'obligation pour une entreprise de tenir un registre sur ses activités d'importation, d'exportation, de fabrication, de vente et de distribution de stupéfiants dûment autorisées par les autorités fédérales ; l'obligation

⁵⁵ Giffen, P.J. et coll., *op. cit.*, page 261.

⁵⁶ *Ibid.*, pages 278-279.

⁵⁷ Statuts du Canada, 1920, Ch. 31.

pour les médecins de fournir les renseignements demandés par les autorités fédérales relativement à l'achat, la fabrication ou la prescription de médicaments contenant des drogues ; l'obligation pour un pharmacien de tenir un registre concernant ses achats ou ventes de drogues, la fabrication de ses propres médicaments contenant de telles substances et le renouvellement des ordonnances signées par un médecin⁵⁸ ; et l'autorisation de vendre des médicaments (tels les onguents ou liniments) contenant de très faibles quantités de drogues inscrites à l'annexe de la loi, sans permis, à condition qu'ils ne soient pas administrés à des enfants de moins de deux ans et qu'ils respectent certains critères d'étiquetage.

Les modifications à la Loi sur l'opium et les narcotiques en 1954

En 1954, le Parlement fédéral a adopté la *Loi modifiant la Loi sur l'opium et les narcotiques* (Loi de 1954)⁵⁹. Cette loi abrogeait les infractions relatives à l'usage d'opium ou la possession d'équipements destinés à cette fin, la vente de drogues à un mineur et le trafic de stupéfiants par courrier. Elle apportait également deux autres modifications importantes à la loi.

Sous l'impulsion de R. E. Curran, sous-ministre de la Santé, elle comprenait maintenant une définition de l'infraction de trafic de stupéfiants afin de rendre la loi plus compréhensible et augmentait la durée de la période d'emprisonnement maximal qui s'y rattachait de sept à quatorze ans. La peine minimale d'emprisonnement de six mois ainsi que l'amende furent abrogées. Désormais, cette infraction ne pouvait être poursuivie que par voie de mise en accusation seulement. Ce crime était par contre toujours passible du fouet et de la déportation.⁶⁰

Le paragraphe 4(3) de la Loi de 1954 créait une infraction de possession en vue de trafic à laquelle les nouvelles peines prévues pour le trafic de stupéfiant s'appliquaient. Cette nouvelle infraction faisait en sorte que les détenteurs d'importantes quantités de stupéfiants ne puissent plus être condamnés pour simple possession. Comme nous l'avons vu plus tôt, de 1911 à 1929 un renversement du fardeau de la preuve s'était opéré dans la législation canadienne en matière de drogues. En 1954, le paragraphe 4(4) ajouta une nouvelle procédure pénale afin de faciliter les condamnations pour possession de stupéfiants à des fins de trafic.

⁵⁸ Cette disposition fut ajoutée à la Loi de 1911. Au cours des années qui vont suivre, les critères concernant le renouvellement de prescriptions émises par des médecins furent restreints afin de mieux contrôler le commerce légal des stupéfiants et éviter que des toxicomanes obtiennent des ordonnances et utilisent les drogues ainsi obtenues à des fins de trafic. Par exemple, la Loi de 1921 précisa qu'un pharmacien ne pouvait remplir ou renouveler une prescription que si elle avait été signée par un médecin. La Loi de 1923 allait plus loin en interdisant le renouvellement à plusieurs reprises d'une drogue à partir de la prescription d'origine. Le patient devait donc consulter un médecin à chaque fois qu'il voulait la renouveler.

⁵⁹ Statuts du Canada, 1954, Ch. 38.

⁶⁰ Les dispositions concernant la déportation des immigrants furent transférées à la *Loi sur l'immigration* en 1952, mais s'appliquaient toujours aux infractions liées aux drogues.

Ainsi, dans toute poursuite criminelle impliquant cette infraction, le procureur de la Couronne devait d'abord prouver que l'accusé était illégalement en possession de la drogue. L'intimé devait alors prouver qu'il ne possédait pas cette substance à des fins de trafic. S'il réussissait sa démarche, il était trouvé coupable de simple possession, sinon, il était condamné pour trafic. Les tribunaux canadiens, dans ce cas précis, ont établi une distinction entre le fardeau dit secondaire qui consiste à fournir la preuve d'un fait particulier (en l'occurrence le fait de prouver l'intention de trafic) et le fardeau primaire (la possession illégale) qui consiste à prouver ce fait lorsque tous les éléments de preuve sont réunis. Ainsi, c'est toujours au procureur de la Couronne que revient le fardeau primaire d'établir qu'il y a bel et bien eu acte criminel. Mais, dans le cas qui nous intéresse, la Couronne n'a pas à prouver l'intention de l'accusé en matière de trafic. La preuve de possession illégale suffisait au tribunal pour conclure à l'intention de trafic.

L'adoption de cette modification faisait suite à une recommandation de la GRC et du Bureau des stupéfiants (anciennement Division des narcotiques) puisqu'à défaut d'un aveu de l'accusé, il était très difficile de prouver l'intention de trafic. Or, cette nouvelle procédure affaiblissait considérablement les droits de l'accusé, surtout que la loi ne précisait pas la quantité de stupéfiants nécessaire à déterminer s'il s'agissait vraiment de possession en vue de trafic. Tout compte fait, l'accusé était désormais coupable, jusqu'à preuve du contraire.⁶¹

Le rapport du Sénat de 1955

Eh oui ! Nous avons un prédécesseur. Le 24 février 1955, le Sénat a adopté une motion prévoyant la création d'un Comité spécial sur le trafic de stupéfiants au Canada suivant la proposition faite, quelques semaines plus tôt, par le sénateur Thomas Reid. À cette occasion, ce dernier avait demandé au Leader du gouvernement au Sénat, W. Ross MacDonald, si le gouvernement fédéral avait l'intention de créer un tel comité puisque, selon ses informations, dans la ville de Vancouver, le trafic de l'opium et d'autres stupéfiants échappait au contrôle des autorités policières. Au cours du débat sur la motion, le sénateur MacDonald a bien résumé la tâche qui attendait les membres de la commission sénatoriale spéciale:

« Le travail du comité consistera surtout à étudier les causes de ce problème tragique [le trafic de stupéfiants] auquel doit faire face notre pays, à entendre des témoignages de spécialistes en la matière et à établir la façon dont le gouvernement peut le mieux contribuer à résoudre cette triste situation. Le rapport du comité, fondé sur une appréciation objective, prudente et réaliste du problème, peut fort bien devenir un document de la plus grande importance qui influera en fin de compte sur la ligne de conduite à suivre pour résoudre efficacement cette question. »⁶²

⁶¹ Giffen, P.J. et coll., *op. cit.*, pages 448-450.

⁶² Hansard, Sénat, 24 février 1955, page 239.

Suite à l'adoption de la motion, le sénateur Reid fut nommé président du Comité. Du 15 mars au 17 juin 1955, le Comité a organisé des audiences publiques à Ottawa et fut le premier à voyager à l'extérieur de la capitale fédérale en organisant des séances à Montréal, Toronto et Vancouver. Les sénateurs ont également rencontré, en plus des spécialistes, fonctionnaires et policiers, un groupe de 150 toxicomanes à la prison d'Oakalla à Vancouver afin de mieux comprendre les raisons qui les incitaient à consommer des stupéfiants. Le Comité a entendu 52 témoins dont 13 provenaient d'organisations chargées d'appliquer la loi, 10 œuvraient au sein des différents ministères fédéraux concernés par la lutte au trafic de stupéfiants et 12 étaient spécialisés dans le traitement des toxicomanes. Le 23 juin 1955, le sénateur Reid a déposé le rapport du Comité contenant une série de recommandations visant le traitement des toxicomanes et la lutte au trafic de stupéfiants.

Selon le rapport, les chiffres fournis par le ministère de la Santé révélaient qu'il y avait au Canada 515 « toxicomanes malades », c'est-à-dire devenus dépendants à une drogue suite au traitement d'une maladie, 333 « toxicomanes professionnels » (médecins, pharmaciens, etc.) et 2 364 « toxicomanes criminels », soit un total de 3 212. Des personnes appartenant à cette dernière catégorie, 1 101 résidaient à Vancouver.⁶³ Seulement 26 des 2 364 « toxicomanes » criminels étaient âgés de moins de 20 ans!

Pour établir un lien entre la criminalité et la toxicomanie et expliquer les difficultés d'établir des programmes de traitement, le Comité a cité une étude réalisée par la GRC mentionnant que sur 2009 toxicomanes criminels, 341 avaient d'abord été déclarés coupables d'une première infraction à la *Loi sur l'opium et les narcotiques*, 1 220 avaient d'abord été condamnés pour d'autres crimes et les 478 autres avaient déjà un casier judiciaire. La GRC en concluait que vraisemblablement 1 668 toxicomanes sur un total de 2 009 étaient des criminels, ce qui fut suffisant aux yeux des membres du Comité pour confirmer la thèse de l'usager « criminel » ou « contaminateur ».⁶⁴ Même si les calculs et les déductions de la GRC étaient nébuleux, il devenait par contre « clair » pour les sénateurs que la toxicomanie n'était pas une maladie.

Selon le comité, la plupart des toxicomanes provenaient de milieux défavorisés où la criminalité et les problèmes familiaux étaient omniprésents :

« Les témoignages des médecins rapportaient que la toxicomanie ne constitue pas une maladie proprement dite. C'est un symptôme d'une faiblesse du caractère et des défauts de la personnalité de la victime. Le toxicomane est d'ordinaire une personne émotivement déséquilibrée et instable à laquelle les stupéfiants donnent du "cran". Le Comité a appris avec consternation qu'on avait pu établir avec certitude dans relativement peu de cas que des toxicomanes, pendant qu'ils étaient en liberté, avaient réussi à se passer de drogues pour une période prolongée. Les complications et les difficultés que présente le traitement de la toxicomanie en égard aux habitudes du toxicomane et à ses tendances criminelles presque invariables ne sauraient être trop fortement soulignées. »⁶⁵

⁶³ Hansard, Sénat, 23 juin 1955, page 739.

⁶⁴ Hansard, Sénat, 23 juin 1955, page 739.

⁶⁵ Hansard, Sénat, 23 juin 1955, page 742.

Dans ce contexte, le Comité a rejeté à l'unanimité la création de cliniques gouvernementales qui fourniraient, moyennant certaines conditions, des cures d'entretien aux « toxicomanes criminels ». Le rapport soulignait d'ailleurs qu'une résolution adoptée, à l'époque, lors de la 10^e session annuelle de la Commission des stupéfiants des Nations-Unies, indiquait que cette forme de traitement n'était pas à conseiller.⁶⁶ Il a également rejeté l'application du modèle du Royaume-Uni après avoir confirmé, à l'aide de spécialistes britanniques, que les médecins ne devaient pas encourager un toxicomane à persister dans sa toxicomanie s'il ne pouvait pas s'abstenir de consommer des stupéfiants, même après un long traitement impliquant la réduction graduelle des doses prescrites. À cet égard, le rapport mentionne : « [...] *les drogues dangereuses sont assujetties au Royaume-Uni dans une large mesure à la surveillance qu'exigent les normes sévères des accords internationaux auxquels le Royaume-Uni, de même que le Canada, sont parties.* »⁶⁷

Puisque les « toxicomanes » sont « à l'origine des criminels, se livrant quotidiennement à des délits outre leurs violations de la Loi sur l'opium et les narcotiques », les autorités municipales et policières, plus particulièrement celles de Vancouver, devaient appliquer plus rigoureusement les dispositions du *Code criminel* concernant le vol, le vagabondage ainsi que la prostitution. Citant un témoignage de Harry J. Anslinger devant un comité du Congrès américain, le rapport indiquait qu'une telle initiative réglerait une bonne partie du problème causé par la toxicomanie. Dans un deuxième temps, le rapport notait que : « *les dépositions de beaucoup de témoins ont recommandé la ségrégation et l'isolement de tous les toxicomanes pendant de longues périodes aux fins de traitements et de guérison.* »⁶⁸

Ainsi, afin d'éviter la propagation de ce « fléau » dans les pénitenciers et guérir les toxicomanes criminels condamnés pour un crime quelconque, le rapport proposait : « *que les autorités des pénitenciers approfondissent les problèmes particuliers de la toxicomanie en vue de les isoler et leur imposer un traitement comprenant une formation spécialisée, une rééducation et autres mesures nécessaires à la solution des problèmes particuliers que l'usage des stupéfiants complique.* »⁶⁹ À vrai dire, tout comme l'avait fait le ministre de la Santé, Paul Martin, un an auparavant, le Comité a plutôt insisté sur les limites de la compétence fédérale et sur les efforts que les provinces devraient consacrer au traitement des toxicomanes qui n'avaient pas été condamnés pour un crime. Préconisant toujours l'isolement de ces personnes, le rapport indiquait que le gouvernement fédéral voulait mettre à la disposition de la Colombie-Britannique la station fédérale de quarantaine de William-Head, dans l'Île-de-Vancouver, pour qu'elle puisse la transformer en centre de traitement, semblable à celui qui existait à Lexington, dans l'État du Kentucky, aux États-Unis. De plus, il proposait la création d'un programme national de santé afin d'appuyer financièrement les initiatives provinciales en matière de toxicomanie.

⁶⁶ Hansard, Sénat, 23 juin 1955, page 740.

⁶⁷ Hansard, Sénat, 23 juin 1955, page 740.

⁶⁸ Hansard, Sénat, 23 juin 1955, page 744.

⁶⁹ Hansard, Sénat, 23 juin 1955, page 745.

Le Comité a également encouragé la création de groupes semblables aux Alcooliques anonymes. Par contre, il a rejeté la création de campagnes nationales d'éducation auprès de la population et des adolescents sous prétexte : « *que de tels programmes ne devraient pas être utilisés s'ils peuvent éveiller une curiosité indue chez les jeunes.* »⁷⁰ Le Comité a jugé bon d'appuyer la position prise par la Commission des stupéfiants des Nations Unies recommandant plutôt la création d'un programme « d'hygiène mentale » visant à détecter dans les écoles les comportements pouvant mener à la toxicomanie.

Puisque les programmes de traitement ne pouvaient pas guérir tous les toxicomanes, le Comité a aussi proposé l'adoption de certaines mesures pour mieux combattre le trafic illicite de stupéfiants. Ainsi, il recommandait :

- La création d'une infraction distincte concernant l'importation ou l'exportation illicite de stupéfiants afin de mettre fin à la contrebande ;
- L'imposition d'une peine minimale d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à un maximum de 25 ans (perpétuité) pour cette nouvelle infraction ;
- L'augmentation de la peine d'emprisonnement maximale de 14 à 25 ans pour les infractions de trafic ; et
- La possibilité d'établir une preuve de complot afin de faciliter la condamnation des dirigeants d'organisations criminelles qui ne sont pas directement impliqués dans la vente de stupéfiants mais qui en retirent les bénéfices (le fameux « patron »).

Selon le Comité, la sévérité de ces peines aurait : « *un effet préventif pour un grand nombre de toxicomanes qui pourraient être tentés d'aider à la distribution des stupéfiants; et qu'en les empêchant de se faire distributeurs de drogues, on fera en sorte que le « patron » ait plus de difficultés à écouler ces produits.* »⁷¹ Plutôt que des gaspiller de précieuses ressources policières et judiciaires pour faire condamner les têtes dirigeantes du crime organisé qui étaient à l'origine du problème, il fallait éliminer les « trafiquants-toxicomanes » des quartiers des grandes villes et le problème serait réglé.

Même si les propositions du Comité furent beaucoup plus conservatrices que celles proposées au cours des débats qui avaient précédé sa formation, la plupart de ses recommandations seront suivies par les autorités fédérales. Dans un premier temps, il a contribué à la réalisation, en 1956, de plusieurs projets de recherche en Colombie-Britannique et en Ontario. Dans un deuxième temps, le rapport du Comité du Sénat fut à l'origine de la plupart des nouvelles dispositions de la *Loi sur les stupéfiants*, adoptée en 1961, qui allait remplacer la *Loi sur l'opium et les narcotiques*.

DE 1960 À LA COMMISSION LE DAIN : À LA RECHERCHE DES RAISONS PERDUES

⁷⁰ Hansard, Sénat, 23 juin 1955, page 741.

⁷¹ Hansard, Sénat, 23 juin 1955, page 746.

La période suivant la Deuxième Guerre voit l'arrivée de nouveaux discours en matière de contrôle des stupéfiants qui remettent en question l'approche adoptée par le Canada depuis 1908 pour lutter contre l'abus et le trafic de stupéfiants. Ainsi, le mouvement international en faveur du respect des droits de l'homme, la création d'organismes voués à la défense des libertés civiles, la démocratisation graduelle de l'accès aux études universitaires, l'apparition et le développement de nouvelles disciplines appartenant au domaine des sciences sociales telles la criminologie, la psychologie, la sociologie, la science politique ou la sociologie du droit, les progrès scientifiques et les recherches en matière de toxicomanie ont contribué à créer de nouveaux groupes de pression formés de personnes plus articulées qui contestent l'utilisation du droit pénal comme solution « miracle » pour traiter les problèmes des drogues. Mais il faudra attendre l'explosion de la consommation de drogues des années 1960, le mouvement de contestation hippie et les travaux de la Commission Le Dain, avant de voir se matérialiser ces revendications.

La Loi sur les stupéfiants (1961)

L'adoption de la *Loi sur les stupéfiants* (Loi de 1961)⁷² a coïncidé avec l'entrée en vigueur de la *Convention unique sur les stupéfiants* de 1961. Cette dernière a joué un rôle important dans la création du système moderne de contrôle international des stupéfiants. Il s'agissait d'un prolongement et d'un élargissement de l'infrastructure juridique internationale élaborée entre 1909 et 1953. Les travaux visant le regroupement des neuf traités multilatéraux adoptés au cours de cette période en un seul texte international ont débuté en 1948 et le Canada a joué un rôle important dans la rédaction et les négociations qui ont mené à son adoption.

Même si la loi conserve la plupart des procédures criminelles ainsi que les infractions établies au cours des années précédentes, deux modifications feront l'objet de débats parlementaires importants : la création d'une infraction pour l'importation ou l'exportation illégale de stupéfiants et l'augmentation des peines pour l'infraction de trafic, et le traitement des toxicomanes. Seront abrogées la peine d'emprisonnement minimal de six mois imposée lors d'une infraction pour simple possession, la procédure prévoyant l'application de la *Loi sur l'identification des criminels* dans le cas d'une déclaration de culpabilité par procédure sommaire ainsi que celle annulant le droit d'appel pour certaines infractions.

La Loi de 1961 était divisée en deux parties : la première, intitulée « Infractions et exécution de la Loi », placée sous l'autorité du ministre de la Santé, et la deuxième, « Détention préventive et détention aux fins de traitement », administrée par le ministre de la Justice.

L'article 5 de la Loi de 1961, créait, comme l'avait recommandé le Comité du Sénat, l'infraction d'importation et d'exportation de stupéfiants. Quiconque en était

⁷² Statuts du Canada, 1961, Ch. 35.

reconnu coupable (par voie de mise en accusation seulement) était passible d'une peine minimale d'emprisonnement de sept ans jusqu'à un maximum de 25 ans. Cette disposition visait à combattre la contrebande de stupéfiants entre les États-Unis et le Canada ainsi qu'à respecter les engagements internationaux contractés par le Canada en ratifiant la Convention unique.⁷³

L'article 4 de la Loi de 1961 portait de 14 à 25 ans, comme le recommandait aussi le rapport du Comité du Sénat, la peine d'emprisonnement maximale pour le trafic de stupéfiants. Le recours au fouet est éliminé. Ces modifications s'appliqueront aussi à la peine prévue pour possession en vue de trafic.

La Partie II de la loi (articles 15 à 19) définissait la nouvelle politique fédérale en matière de détention préventive ou de traitement. Dans un premier temps, le tribunal pouvait dorénavant ordonner, après une infraction de trafic, de possession en vue de trafic ou d'exportation ou importation de drogues et seulement si l'accusé avait déjà été condamné pour des infractions semblables, que ce dernier soit placé en détention préventive pour une période indéterminée. Cette mesure remplaçait toute autre sentence qui avait pu lui être imposée. Dans un deuxième temps, lorsqu'une personne était accusée pour une infraction de possession simple, de possession en vue de trafic, de trafic, ou d'exportation ou d'importation, le tribunal, sur demande du procureur de la Couronne ou de l'accusé, pouvait renvoyer ce dernier en détention pour examen afin de déterminer s'il était admissible à un programme de traitement pour toxicomanie. Si tel était le cas, l'accusé devait être condamné à la détention aux fins de traitement dans une institution fédérale spécialisée pour une période indéterminée au lieu de toute autre sentence prévue par la loi. Dans le cas d'une première infraction, la détention préventive ne pouvait excéder 10 ans. La personne disposait d'un droit d'appel, était assujettie à la *Loi sur les libérations conditionnelles* et, à tout moment, pouvait être renvoyée en détention préventive si elle avait fait usage de drogues au cours de sa période de probation.

Enfin, la Loi de 1961 prévoyait que, si une province adoptait une politique de détention préventive accompagnée d'un programme de traitement pour toxicomanie (dans les cas qui n'impliquent pas une infraction à la loi), le gouvernement fédéral pouvait conclure une entente avec les autorités compétentes de cette province afin de transférer les toxicomanes dans les institutions fédérales spécialisées. Ces nouvelles dispositions reprenaient en fait les propositions du Comité du Sénat.

Malgré l'intervention de deux ministres, cette politique de traitement, ayant toujours en trame une approche pénale et orientée jusqu'à un certain point vers la répression de « l'usager contaminateur » ou « l'usager criminel », n'a pas suscité l'intérêt des parlementaires. Ces mesures furent adoptées sans opposition mais, pour des raisons obscures, ne furent jamais proclamées. La Commission Le Dain s'est d'ailleurs interrogée sur cette décision du gouvernement fédéral : « *Peut-être a-t-on eu des doutes sur la constitutionnalité de ces dispositions, ou a-t-on négligé de mettre au point les méthodes de traitement et*

⁷³ Hansard, Chambre des communes, 7 juin 1961, page 6794.

les établissements nécessaires, ou encore le gouvernement s'est-il interrogé sur l'opportunité de la cure obligatoire. »⁷⁴

Une autre disposition de la Loi de 1961, et non la moindre, fut adoptée par le Parlement sans débat. Il s'agit de l'annexe. La Convention unique de 1961 contenait une série d'annexes établies par l'Organisation mondiale de la santé comportant la liste des drogues soumises à un contrôle rigoureux afin d'éviter qu'elles ne soient utilisées à des fins autres que médicales ou scientifiques. La majorité d'entre elles se retrouvaient à l'annexe de la Loi de 1961 qui, désormais, comptait plus de 92 drogues ou leurs dérivés répartis dans 14 grandes catégories (opium, cannabis, coca, phénypipéridine, etc.). Aucun député n'a questionné le ministre de la Santé afin de déterminer les critères ou les raisons invoquées par son ministère afin d'assujettir un nombre aussi important de substances aux dispositions contraignantes de la loi.

La Loi sur les aliments et drogues et les barbituriques (1961)

Au début des années 60, la consommation de drogues qui n'étaient pas incluses dans l'annexe de la *Loi sur l'opium et les narcotiques* ou, plus tard, dans la *Loi sur les stupéfiants* a commencé à inquiéter les autorités médicales et gouvernementales. Il s'agissait des acides barbituriques ou «goof balls», des amphétamines, des méthamphétamines ainsi que les sels et dérivés de ces trois substances. Tombant dans la catégorie des drogues dites psychotropes, elles peuvent être utilisées pour réduire le stress, éliminer l'insomnie, stimuler l'activité musculaire et cérébrale ou éliminer l'appétit.

Or, lorsque les médecins et autres professionnels de la santé ont commencé à recenser au cours des années 50 plusieurs cas de dépendance aux barbituriques et l'existence de graves effets secondaires, ils ont demandé au gouvernement de mieux réglementer leur distribution et leur usage. De plus, en 1957, suivant une enquête du ministère de la Santé auprès de 2500 pharmacies, plus de 300 condamnations furent prononcées contre des pharmaciens qui n'avaient pas respecté les règlements concernant la prescription de barbituriques ou d'amphétamines. Cette fois, il convient de le signaler, le discours des professionnels de la santé a davantage influencé les autorités gouvernementales que celui des policiers ou celui du Bureau des stupéfiants. Deux facteurs furent à l'origine de l'inclusion de ces substances dans la *Loi sur les aliments et drogues* sous l'appellation de «drogues contrôlées» et non de la *Loi sur les stupéfiants*. Dans un premier temps, certaines dispositions sévères de la Loi de 1961 étaient de plus en plus critiquées. Dans un deuxième temps, l'utilisation de ces substances dans plusieurs médicaments vendus sous prescription faisait en sorte que leur usage était très répandu dans la population, notamment chez les personnes occupant de bons emplois, ce qui, en fin de compte, était bien différent du portrait peu

⁷⁴ Le Dain, G., et coll., (1972) *Le cannabis : rapport de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non-médicales*, Ottawa, Gouvernement du Canada, pages 222-223.

élogieux du toxicomane dressé jusqu'alors. Dans ce contexte, le recours aux dispositions de la Loi de 1961 était à proscrire.⁷⁵

En 1961, le Parlement a donc adopté la *Loi modifiant la Loi sur les aliments et drogues* (Loi sur les aliments et drogues de 1961)⁷⁶ afin de mieux réglementer le commerce de barbituriques et des amphétamines. La nouvelle loi créait la Partie III concernant les « drogues contrôlées » inscrites à l'annexe G. Elle créait une infraction de trafic ou de possession en vue de trafic passible, par mise en accusation, d'un emprisonnement maximal de 10 ans et, par procédure sommaire, d'une peine de prison maximale de 18 mois. Toutefois, la simple possession de ces substances n'était pas illégale. De plus, contrairement à la *Loi sur les stupéfiants*, la définition de trafic excluait la distribution ou le don d'une drogue contrôlée mais englobait les infractions d'importation et d'exportation.

Dans le cas des procédures criminelles applicables lors d'un procès, elles reprenaient plusieurs éléments de la Loi de 1961 tels la procédure concernant le renversement du fardeau de la preuve dans une poursuite pour possession à des fins de trafic, le recours à un certificat d'un analyste fédéral pour confirmer la nature de la drogue, les pouvoirs de perquisition et de saisie, la délivrance d'un mandat de main-forte, la restitution des substances saisies et la confiscation de ces dernières.

Enfin, l'annexe G de la loi comportait trois drogues soit les amphétamines, les acides barbituriques, les méthamphétamines ainsi que les sels ou dérivés de ces dernières. Pendant les débats, un député a demandé pourquoi d'autres substances du même type n'étaient pas incluses dans l'annexe. Le ministre de la Santé a répondu que selon les recherches scientifiques, seulement ces trois drogues étaient considérées dangereuses pour la santé humaine.⁷⁷ De plus, tout comme dans l'ancienne *Loi sur l'opium et les narcotiques* et la nouvelle *Loi sur les stupéfiants*, le gouverneur en conseil pouvait adopter des règlements sur recommandation du ministre de la Santé et si l'intérêt public le justifiait afin de modifier l'annexe.⁷⁸

La Loi sur les aliments et drogues et les hallucinogènes (1969)

En 1969, le Parlement a étendu l'application des contrôles législatifs et bureaucratiques aux drogues hallucinogènes en adoptant la *Loi modifiant la Loi sur les aliments et drogues* (Loi sur les aliments et drogues de 1969).⁷⁹ Ce texte législatif créait la Partie IV qui devait régir l'usage et le commerce des drogues à « usage restreint » énumérées à la nouvelle annexe J. On y retrouvait la diéthylamide de l'acide lysergique (LSD), la N-Diéthyltryptamine (DET) ou la Méthyl-2,5-diméthoxyamphétamine (STP).

Afin de mieux contrôler l'usage et le commerce des drogues hallucinogènes, cette loi comprenait les mêmes infractions et procédures que celles s'appliquant aux

⁷⁵ Giffen, P.J. et coll., *op. cit.*, pages 471-475.

⁷⁶ Statuts du Canada, 1961, Ch. 37.

⁷⁷ Hansard, Chambre des communes, 30 mai 1961, page 5799.

⁷⁸ Paragraphe 37(2) de la *Loi sur les aliments et drogues de 1961*.

⁷⁹ Statuts du Canada, Ch. 41.

barbituriques. Elle créait également une infraction de simple possession afin de dissuader une personne de faire usage d'une telle drogue, passible, par voie de mise en accusation, d'une peine d'emprisonnement maximale de trois ans ou d'une amende de 5 000 \$.⁸⁰ Dans le cas d'une condamnation suite à une déclaration de culpabilité par procédure sommaire, s'agissant d'une première infraction, d'une peine de prison d'une durée maximale de six mois, d'une amende maximale de 1 000 \$ ou l'une de ces deux peines. Pour les infractions subséquentes, la loi prévoyait une peine d'emprisonnement maximale d'un an, une amende de 2 000 \$ ou l'une de ces deux peines.

La Loi sur les stupéfiants et l'infraction de simple possession de cannabis

Lors des débats parlementaires concernant la Loi sur les aliments et drogues de 1969, le ministre de la Santé a proposé un amendement très important à la *Loi sur les stupéfiants*. De 1921 jusqu'à l'adoption de la *Loi sur les stupéfiants*, la législation canadienne avait contenu une infraction mixte dans le cas de simple possession d'une drogue. Or, depuis 1961, elle avait été uniquement considérée comme un acte criminel punissable d'une peine d'emprisonnement maximale de sept ans. La modification proposée en 1969 conservait cette infraction, mais offrait à nouveau la possibilité d'une poursuite par procédure sommaire, recréant ainsi une infraction mixte. Dans le cas d'une condamnation suite à une déclaration de culpabilité par procédure sommaire, s'il s'agissait d'une première infraction, la loi prévoyait une peine d'emprisonnement maximale de six mois, une amende maximale de 1 000 \$ ou l'une de ces deux peines. Pour les infractions subséquentes, une peine de prison d'une durée maximale d'un an, une amende de 2 000 \$ ou l'une de ces deux peines. Cette modification avait été jugée nécessaire par le ministre de la Santé puisque le nombre de poursuites pour simple possession de cannabis était passé de 493 en 1966 à 1 727 en 1969.⁸¹ Selon lui :

« [...] malgré l'énorme diversité des situations en cause, l'article pertinent de cette loi ne permet guère de flexibilité de la part des procureurs de la Couronne ni des juges ou des magistrats. Aucune disposition ne permet de juger sommairement. [...] Cette rigidité a provoqué de plus en plus de critiques dans bien des milieux, par exemple, les agences de recherches sur la toxicomanie de plusieurs provinces. »⁸²

Enfin, la Loi sur les aliments et drogues de 1969 apporta une modification à la procédure adoptée en 1929 prévoyant l'admissibilité du certificat d'un analyste fédéral au cours d'un procès pour une infraction concernant une drogue inscrite à l'annexe de la *Loi sur les stupéfiants* ou aux annexes G et J de la *Loi sur les aliments et drogues*. Désormais, il serait permis au procureur de la Couronne de prouver oralement sous serment, par affidavit ou déclaration solennelle, le statut du signataire du certificat qui n'avait plus à se présenter devant le tribunal. Toutefois, un juge pourrait exiger de l'analyste qu'il se présente devant lui afin d'être interrogé ou contre-interrogé pour

⁸⁰ Article 9 de la *Loi sur les aliments et drogues* de 1969.

⁸¹ Hansard, Chambre des communes, 27 mars 1969, page 7203.

⁸² Hansard, Chambre des communes, 27 mars 1969, page 7203.

mieux évaluer les renseignements inscrits dans l'affidavit ou la déclaration solennelle. Cette modification visait à garantir un plus grand respect des droits fondamentaux de l'accusé.

La Commission Le Dain (1969-1973)

Les parlementaires ont réclamé lors de l'étude des dispositions de la Loi sur les aliments et drogues de 1969 la création d'un comité spécial qui étudierait la problématique des drogues au Canada, plus particulièrement le cannabis, ce que le gouvernement libéral de Pierre-Elliott Trudeau fit le 29 mai 1969 par l'arrêté en conseil 1969-1112 qui créa la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, mieux connue sous le nom de Commission Le Dain. L'un des motifs invoqués pour justifier sa création était :

« Que malgré lesdites mesures législatives et la surveillance exercée par la Gendarmerie royale du Canada et par d'autres forces policières pour assurer une stricte observation des prescriptions de la loi, le nombre des cas de possession et d'utilisation de ces substances à des fins non-médicales [sic] va en croissant, au point de nécessiter la tenue d'une enquête immédiate sur la cause de tels abus. »⁸³

L'organisation des travaux et les rapports de la Commission

Les travaux de la Commission se sont déroulés de la mi-octobre 1969 jusqu'au 14 décembre 1973, date du dépôt du rapport final. Au cours de cette période, elle a entendu 639 témoignages de groupes ou de particuliers ; 295 organismes ont présenté des mémoires et 43 ont témoigné devant les membres de la Commission ; 212 personnes ont présenté des mémoires et 89 ont témoigné oralement. Au total, elle a siégé dans 27 villes, incluant Ottawa et les dix capitales provinciales, et parcouru 50 000 milles à travers le pays. Au cours de son mandat, la Commission a publié quatre rapports : un rapport intérimaire (1970), un rapport spécial sur le cannabis (1972), un rapport sur le traitement (1972) et un rapport final (1973). Outre son président, Gérald Le Dain, elle était composée de quatre commissaires : Ian L. Campbell, Heinz Lehman, Peter Stein et Marie-Andrée Bertrand.

Avant de revoir les recommandations de la Commission sur le cannabis, il est utile de soulever quatre aspects des travaux de la Commission que madame Marie-Andrée Bertrand a soulevés devant de notre Comité.

Le premier concerne le mandat de la commission qui était « extrêmement généreux et ouvert » à savoir :

- a) Utiliser les sources disponibles au Canada et à l'étranger, les données et l'information existant au sujet de l'usage à des fins non médicales des stupéfiants sédatifs, stimulants, tranquillisants, hallucinogènes et d'autres drogues et substances psychotropiques ;

⁸³ Le Dain, G., et coll., (1973) *Rapport final de la Commission sur l'usage des drogues à des fins non-médicales*, Ottawa : Gouvernement du Canada, page 4.

- b) Rédiger un rapport sur la situation actuelle de la connaissance médicale par rapport aux effets de ces drogues [...];
- c) Faire enquête et rédiger un rapport au sujet des motifs qui sous-tendent l'usage à des fins non médicales figurant en a) ;
- d) Faire enquête et rédiger un rapport sur les facteurs sociaux, économiques, éducatifs et philosophiques relatifs à l'usage à des fins non médicales [...] en particulier, sur l'ampleur du phénomène, des facteurs sociaux qui le sous-tendent, les tranches d'âge des utilisateurs, et des problèmes de communication ; et
- e) Faire enquête et établir des recommandations relatives à des orientations qui devraient être adoptées par le gouvernement fédéral, seules ou en collaboration avec d'autres paliers de gouvernement, pour réduire l'ampleur des problèmes d'un tel usage.

« L'amplitude de ce mandat a entraîné les commissaires et le personnel de la Commission dans un travail d'une grande envergure qui, à mon avis, a eu beaucoup d'impact sur la société canadienne. Malgré l'absence totale d'effet sur la législation pénale, la Commission Le Dain a provoqué un changement considérable des mentalités dans la population canadienne, suscitant une prise de conscience des effets des drogues traditionnelles... »⁸⁴

Deuxièmement, la méthode utilisée par la Commission pour aller chercher l'opinion des Canadiens. Après avoir mentionné les voyages de la commission, elle a rappelé que les audiences publiques donnaient au public l'opportunité de poser des questions et de confronter les experts.

« Nous avons donc suscité un grand débat national sur les facteurs qui font que la société canadienne ...peut recourir à des substances psychotropes pour alléger certains de ses maux. À mon avis, la générosité du mandat, la méthode de consultation, le style et l'attitude des commissaires - et en particulier du président de la commission - ont engendré ce brassage d'idées sur la démocratie, sur le fonctionnement de l'État, et sur le sentiment d'aliénation que ressentaient et ressentent encore un grand nombre de Canadiens à l'endroit de leur gouvernement national, provincial ou municipal. »⁸⁵

Troisièmement, les recherches de la commission. Madame Bertrand a rappelé qu'au meilleur de son mandat, elle avait 100 personnes à son emploi, dont 30 chercheurs à temps plein. Ces chercheurs travaillaient essentiellement sur quatre cibles : (1) les effets des drogues, et notamment du cannabis, (2) l'usage des drogues, (3) les problèmes de traitement, et (4) l'influence des médias sur le phénomène.

Enfin, l'impact de la commission. Selon elle, le débat démocratique que la commission a suscité a eu des effets considérables au niveau des connaissances sur les

⁸⁴ Marie-Andrée Bertrand, professeure émérite de criminologie, Université de Montréal, Témoignage du comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, Première Session de la trente-septième législature, 2001, page 45.

⁸⁵ *Ibid.*, page 46.

drogues. Nombreux sont ceux qui ont compris que les stéréotypes du consommateur drogué et criminel étaient vraiment des stéréotypes. Concernant les prises de conscience sur les facteurs expliquant le désir de consommer, la commission a aussi provoqué une réflexion fondamentale. Enfin, rapidement après les débuts des travaux de la Commission, est apparu le sentiment d'aliénation de la population à l'endroit des politiques et des législateurs canadiens, ainsi que la frustration des citoyens de ne pas être entendus.

Le rapport spécial sur le cannabis

Avant de présenter leurs recommandations sur une nouvelle politique publique en matière de cannabis, les Commissaires ont fait plusieurs observations au sujet de la législation canadienne à l'égard de cette drogue.

- ❖ La décision de criminaliser le cannabis a été prise « *sans fondement scientifique évident ni même la conscience réelle d'un problème social [...]* ». ⁸⁶
- ❖ Le renversement du fardeau de la preuve qui s'opère au niveau de la procédure d'établissement de la preuve pour une infraction de possession en vue de trafic impose un fardeau très lourd à l'accusé – ce qui affaiblit grandement le principe de la présomption d'innocence – puisqu'il doit prouver par la supériorité des preuves (prépondérance des probabilités) qu'il n'avait pas l'intention de trafiquer et non pas uniquement en soulevant un doute raisonnable dans l'esprit du juge ou du jury.
- ❖ L'application de la loi est rendue très difficile par la nature même des infractions qui se produisent dans un milieu clandestin et souvent sur une base consensuelle, ce qui nécessite le recours à des méthodes exceptionnelles d'exécution de la loi. Or, « *l'effet de leur application dans le cadre des lois sur les stupéfiants est l'une des principales causes de l'inquiétude que suscitent les répercussions du droit criminel dans ce domaine.* » ⁸⁷
- ❖ Les policiers de la GRC ainsi que ceux à l'emploi des services de police provinciaux ou municipaux ne disposent pas des ressources financières, humaines et techniques nécessaires pour faire, à la fois, échec au trafic de stupéfiants et s'occuper des délits de simple possession. Trop souvent, les cas de simple possession sont découverts par hasard au cours d'autres enquêtes policières ou de filatures s'échelonnant sur plusieurs mois, provoquant ainsi une application discriminatoire de la loi.
- ❖ Les choix de poursuites (mise en accusation ou procédure sommaire) varient considérablement d'une région à l'autre du pays, influencés par le nombre de causes impliquant des stupéfiants et la discrétion importante qu'exercent les procureurs de la Couronne en cette matière. Cette inégalité dans l'application de la loi peut avoir des conséquences extrêmement graves sur l'avenir d'un accusé notamment s'il hérite d'un casier judiciaire. ⁸⁸

⁸⁶ Le Dain, G., et coll., (1972) *Le cannabis : rapport de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non-médicales*, Ottawa : Gouvernement du Canada, page 231.

⁸⁷ *Ibid.*, page 241.

⁸⁸ *Ibid.*, page 247.

- ❖ L'imposition de sentences pour des infractions relatives aux drogues varie considérablement au Canada en raison des perceptions qu'ont les juges du problème de la toxicomanie, de leur expérience en droit pénal et des causes impliquant la simple possession ou le trafic de stupéfiants. Selon les recherches de la Commission, plus les juges étaient expérimentés dans ces deux domaines, moins sentences étaient sévères. Par exemple, dans le cas de simple possession, ils imposaient une amende ou la mise en liberté surveillée lorsqu'un accusé n'avait pas de casier judiciaire et, dans une affaire de trafic, une peine d'emprisonnement inférieure à deux ans.⁸⁹
- ❖ De 1968 à 1971, la proportion des peines d'amendes imposées pour simple possession de cannabis est passé de 1 % de toutes les condamnations à plus de 77 %.⁹⁰

Même si les commissaires s'entendaient sur ces observations, leurs conclusions et recommandations n'ont pas été unanimes.

L'opinion de la majorité : Les recommandations de Gérald Le Dain, Heinz Lehman et Peter Stein

Dans le but de mieux expliquer l'origine de ses recommandations, la majorité a fondé ses conclusions sur la notion de préjudice comme principal critère qui devait définir une nouvelle politique sociale en matière de cannabis. Ce principe est associé à la fois au préjudice que l'individu subit lorsqu'il utilise une substance nocive, plus particulièrement en ce qui a trait à sa santé physique ou mentale, et à celui qu'il fait subir à la société, c'est-à-dire les conséquences sur son milieu familial ou professionnel. La notion de préjudice était importante aux yeux de la majorité puisqu'elle permettait d'évaluer si la société devait se préoccuper des effets nuisibles du cannabis sur la santé humaine et la société et, si tel était le cas, dans quelles limites le droit pénal devait s'appliquer afin de les réduire. Devait-on criminaliser la simple possession de cannabis ou seulement son trafic ? Devait-on prévoir l'application de mesures telles la décriminalisation ou légalisation ?

Dans un premier temps, la majorité a voulu éliminer certains mythes à l'égard des dangers du cannabis :

« La nocivité du cannabis est loin d'avoir été démontrée de façon complète et concluante. On trouve dans presque toute la preuve des défauts de méthodologie ou de raisonnement. [...] Dans l'ensemble, les effets physiques et psychiques du cannabis aux niveaux actuels de la consommation en Amérique du Nord semblent beaucoup moins graves que ceux de l'alcoolisme. Toutefois, notre connaissance d'usages excessifs et persistants ne nous permet pas encore de tirer des conclusions fermes et définitives. »⁹¹

⁸⁹ *Ibid.*, pages 249-250.

⁹⁰ *Ibid.*, page 251.

⁹¹ *Ibid.*, pages 268-269.

En ce qui concerne le syndrome amotivationnel, elle a déclaré que la Commission n'avait pas de données concluantes sur la modification de la personnalité qu'entraînerait l'usage de cannabis.

« Certains observateurs évoquent l'apathie, la perte d'intérêt, la concentration sur le présent et le souci de l'avenir. Tous ces symptômes peuvent aussi bien témoigner d'une profonde transformation du système de valeurs et de l'attitude, transformation salutaire aux yeux de plusieurs. »⁹² Selon la majorité, toutes ces préoccupations justifient l'élaboration d'une politique restrictive visant à restreindre l'usage du cannabis, surtout chez les adolescents.»⁹³

La Commission ne disposait pas de données scientifiques précises et concluantes pour déterminer les effets nocifs ou bénéfiques du cannabis. Par contre, même si elle croyait que les dangers du cannabis étaient exagérés notamment en ce qui concerne la conduite d'un véhicule automobile, la polytoxicomanie, l'activité cérébrale à long terme et la criminalité, elle a tout de même reconnu que le cannabis, comme toutes les autres drogues, peut avoir des effets particulièrement nocifs lorsqu'il est consommé avec d'autres drogues et qu'il pouvait nuire au processus de développement des adolescents. La majorité a aussi expliqué que, même si l'usage du cannabis ne menaçait pas les fondements de la société canadienne ainsi que son système de valeurs basé, entre autres, sur une vie productive, on ne pouvait exclure cet élément comme facteur d'influence dans l'élaboration d'une nouvelle politique sur le cannabis.

Dans un deuxième temps, comme l'usage de cette substance comporte, en plus des problèmes de santé, des coûts familiaux et socio-économiques importants, la majorité a légitimé le recours au droit pénal en affirmant :

« À notre avis, il incombe à l'État de restreindre l'accessibilité des substances nocives [surtout pour les jeunes], et cette restriction relève à juste titre du droit pénal [...] lorsqu'à son avis la possibilité d'un tort quelconque semble exiger de telles mesures. »⁹⁴

Pour cette raison, la majorité a rejeté le modèle de politique publique basée sur la légalisation de l'usage et de la distribution du cannabis. Même si la légalisation avait eu pour avantage de mieux contrôler l'offre et la qualité de cette drogue sans entraîner une augmentation considérable du nombre d'usagers à long terme, elle aurait pu entraîner le déplacement de certains consommateurs vers le haschich, dont la concentration de THC est plus forte ou inciter les usagers à consommer plus de cigarettes ou d'autres produits de cannabis afin d'obtenir l'effet psychoactif recherché. Ce qui aurait annulé

⁹² *Ibid.*, page 272.

⁹³ *Ibid.*, page 276.

⁹⁴ *Ibid.*, page 283.

l'efficacité des mesures de contrôle et augmenté les risques d'abus. Cette politique aurait également rendu le produit plus accessible aux jeunes.⁹⁵

Ainsi, la majorité préconisait le maintien des infractions de trafic, de possession en vue de trafic, d'importation et d'exportation de cannabis. Toutefois, dans le cas du contrôle de la demande, elle a adopté une position beaucoup plus libérale:

« Il ne faut pas avoir recours au droit pénal pour sanctionner la moralité sans égard à la nocivité réelle ou possible de l'acte lui-même. [...] Si nous admettons que la société a le droit d'avoir recours au droit pénal pour restreindre l'accessibilité à des substances nocives afin de protéger les individus [en particulier les jeunes] et la société, il ne s'ensuit pas nécessairement qu'il faudrait appliquer les dispositions du droit pénal à l'usager tout comme au distributeur. »⁹⁶

Dans ce contexte, des modifications à la Loi sur les stupéfiants s'imposaient puisque, selon la majorité: « nous ne croyons pas qu'un changement à la loi fausserait nécessairement les jugements et la prudence qui, à notre avis, doit entourer le cannabis. »⁹⁷ Ainsi, il fallait rétablir la confiance et le respect de la population canadienne envers la politique sur le cannabis en modifiant la classification des drogues inscrites à l'annexe de la loi, notamment celle du cannabis. La majorité s'appuyait sur le fait que :

« La Convention unique classe le cannabis avec les opiacés, mais elle n'exige pas des Parties qu'elles l'assujettissent aux mêmes dispositions pénales. Si on assimile à tort le cannabis aux opiacés, la Convention unique n'empêche certainement pas les législations nationales de corriger cette erreur. La classification et les dispositions législatives sont si généralement considérées comme erronées et indéfendables que toute modification propre à les rendre plus conformes aux faits susciterait probablement un plus grand respect et d'attention [envers la loi]. »⁹⁸

Le rétablissement de la confiance de la population dans la Loi sur les stupéfiants passait également par une révision complète des sanctions pénales relatives au cannabis. Pour ce faire, la majorité a insisté sur le fait que le préjudice qu'impose le droit pénal, plus particulièrement aux simples usagers, est plus grave que celui que pose la consommation de cette drogue sur leur santé ou leur environnement. Dans son analyse, la majorité s'est attardée aux conséquences des peines sur les jeunes puisque plus 85 % de tous ceux qui avaient été condamnés pour simple possession ou trafic de cannabis en 1970 et 1971 avaient moins de 25 ans.

Ainsi, l'imposition d'un casier judiciaire pouvait avoir des conséquences néfastes sur l'avenir des jeunes limitant les possibilités de déplacement et provoquait une certaine forme de stigmatisation familiale, sociale ou professionnelle à leur endroit. Selon la majorité, la possibilité d'obtenir un pardon, n'est pas suffisante pour amoindrir

⁹⁵ *Ibid.*, pages 285-288.

⁹⁶ *Ibid.*, page 283.

⁹⁷ *Ibid.*, page 292.

⁹⁸ *Ibid.*, page 292.

cette situation puisque : *« la condamnation est inévitablement connue d'un plus grand nombre et, le cas échéant, toute personne peut la découvrir par une investigation poussée. »*⁹⁹ En effet, la *Loi sur le casier judiciaire* prévoit seulement l'élimination des données du casier judiciaire entreposé dans les fichiers nationaux de la police suite à un pardon, mais non celles des rapports d'enquêtes policières ni des documents juridiques entreposés dans les Palais de justice relativement au procès et à la sentence et, encore moins des articles de journaux.

De plus, la majorité a condamné les peines excessives pour usage de cannabis en affirmant : *« Elles sont loin de correspondre aux préjudices que pourrait causer le cannabis. Elles sont d'ailleurs exagérées par comparaison avec celles qu'imposent la plupart des autres pays. »*¹⁰⁰ Elle a critiqué l'imposition d'une peine d'emprisonnement maximale de sept ans pour la culture de cannabis à des fins personnelles, l'existence d'une peine minimale de sept ans de prison pour l'importation ou l'exportation de drogues ainsi que la possibilité d'être emprisonné à vie pour trafic de cette drogue. La critique de la majorité portait aussi sur la définition de cette infraction. Comprenant le « don » ou « l'offre », des personnes pouvaient être accusées de trafic en raison du simple échange d'« un joint » lors d'une soirée entre amis. La majorité mentionnait aussi que la sévérité de ces peines était exacerbée parce que :

- ❖ Dans les poursuites relatives à la possession de cannabis en vue de trafic, la Couronne ne pouvait procéder que par voie de mise en accusation avec pour résultat l'imposition de peines plus élevées ; et
- ❖ L'application de la *Loi sur les stupéfiants* était discriminatoire (enquêtes policières, discrétion des procureurs de la Couronne dans le choix du mode de procès, le renversement du fardeau de la preuve au détriment de l'accusé et l'expérience des juges).

La criminalisation du cannabis avait un autre effet négatif puisque, comme la simple possession et la culture étaient illégales, cela encourageait la création d'un monde clandestin ou certains doivent commettre des crimes pour payer leur drogue ou, à tout le moins, fréquenter d'autres délinquants pour s'en procurer. Dans certains cas, la fréquentation d'un tel milieu pouvait inciter à l'utilisation de drogues dangereuses. Selon la majorité, pour un faible nombre d'utilisateurs de cannabis :

*« La légalisation du cannabis n'empêchera pas le recours au marché clandestin des autres drogues. Du point de vue de l'influence, les contacts entre usagers sont beaucoup plus redoutables qu'avec les trafiquants. La plupart des usagers sont amenés à d'autres drogues par des habitués, et il ne faudrait pas croire que la légalisation du cannabis ferait tomber l'intérêt pour les autres drogues. »*¹⁰¹

⁹⁹ *Ibid.*, page 293.

¹⁰⁰ *Ibid.*, page 294.

¹⁰¹ *Ibid.*, page 297.

Enfin, l'utilisation de pouvoirs policiers extraordinaires tels les mandats de main-forte, souvent envers les usagers, ne faisaient que contribuer au discrédit de la loi et minait conséquemment le moral des forces policières.¹⁰²

Pour toutes ces raisons, la majorité a recommandé que :

- ❖ L'importation et l'exportation soient comprises dans la définition de trafic, comme dans la *Loi sur les aliments et drogues*, et non passibles d'un période minimale d'emprisonnement ;
- ❖ La possibilité de procéder sommairement dans les affaires impliquant la possession de cannabis en vue de trafic et que la peine pour cette infraction soit ramenée, dans le cas d'une mise en accusation, à cinq ans et, lors d'une procédure sommaire, à 18 mois avec la possibilité d'une amende comme alternative à l'emprisonnement ;
- ❖ L'élimination de l'infraction de simple possession de cannabis ;
- ❖ Le retrait de la notion de «don» dans la définition de trafic si le cannabis est susceptible d'être consommé en une seule fois ;
- ❖ L'élimination de l'infraction de culture de cannabis pour des fins personnelles ; et
- ❖ L'allègement du fardeau de la preuve exigé de l'accusé dans le cas d'une poursuite pour possession à des fins de trafic en précisant dans la loi qu'il n'a qu'à susciter un doute raisonnable dans l'esprit du tribunal afin de ne pas être condamné pour trafic de stupéfiants.

Opinion minoritaire : Les recommandations de Marie-Andrée Bertrand

Pour Marie-Andrée Bertrand, la politique canadienne en matière de cannabis avait besoin d'une réforme sérieuse qui allait bien au delà de simples modifications à la *Loi sur les stupéfiants*. En ce sens, elle a adopté une approche beaucoup plus libérale que celle de la majorité et plus particulièrement, comme nous le verrons plus loin, de Ian L. Campbell. Selon elle, les recherches de la commission : « [...] établissent qu'un grand nombre de personnes en ont consommé – un million ou davantage au Canada – et que très peu d'entre elles ont dû recourir aux soins d'un médecin ou d'un psychiatre pour en avoir fait usage. D'une manière générale, fumer de la marijuana ou du haschisch n'entraîne pas de graves problèmes personnels ni ne développe la criminalité. »¹⁰³ De plus, les cas d'usage abusif du cannabis étaient exceptionnels puisque la majorité des usagers l'utilisait occasionnellement pour des fins récréatives. Ainsi, toute nouvelle politique publique visant à contrôler efficacement son usage sans toutefois causer de préjudice à la fois aux consommateurs et à la société devait tenir compte de ces éléments déterminants. Il fallait donc éliminer le recours au droit pénal. Selon la Commissaire, plusieurs arguments militaient en faveur d'une telle conclusion.

Tout comme la majorité, elle a d'abord rejeté plusieurs préjugés à l'égard de la nocivité du cannabis sur la santé humaine, notamment ses effets sur l'activité cérébrale

¹⁰² *Ibid.*, pages 295-299.

¹⁰³ *Ibid.*, page 303.

et la conduite d'un véhicule automobile, reconnaissant néanmoins qu'à forte dose cette substance pouvait causer des psychoses. Même si Marie-Andrée Bertrand a reconnu que le cannabis pouvait nuire au développement d'un adolescent, elle a affirmé que bien peu de faits étayaient l'hypothèse avancée par la majorité.¹⁰⁴ Elle a également conclu que cette drogue ne provoquait pas la criminalité, l'agressivité ou le fameux syndrome amotivationnel.¹⁰⁵ Enfin, elle a rejeté l'argument voulant que le cannabis favorise la polytoxicomanie chez la plupart des usagers :

« Il est vrai qu'une certaine proportion d'usagers de cannabis prennent d'autres drogues. [...] Il ne s'agit pas d'un phénomène se limitant au cannabis, au L.S.D. et aux amphétamines, combinaison n'atteignant qu'une petite proportion d'usagers, — [sic] mais d'un recours presque aveugle à des produits agissant sur l'humeur de notre société. Compte tenu de la consommation d'alcool, on peut dire que les Canadiens font une grande consommation de psychotropes multiples, même si l'on exclut le cannabis. »¹⁰⁶

Deuxièmement, les usagers ne pouvaient pas s'assurer de la qualité du cannabis qu'ils achetaient avec toutes les conséquences que cela implique vu le caractère illégal et clandestin des moyens de production et de commercialisation. En ce sens, elle a répondu à l'argument de la majorité voulant que le contrôle de la qualité du cannabis dans un marché légal fasse en sorte que plusieurs consommateurs se déplaceraient vers le haschisch en précisant qu'aucune preuve d'une telle possibilité n'avait été établie.¹⁰⁷

Troisièmement, la répression du commerce et de l'usage illicite de cannabis était coûteuse et inefficace. Le contrôle du trafic, malgré tous les efforts déployés par les agents de la GRC et les policiers municipaux ainsi que l'imposition de sanctions pénales sévères, était inefficace. Les peines prévues pour la simple possession n'avaient plus aucun effet dissuasif puisqu'un million de Canadiens faisaient ou avaient déjà fait usage de cannabis.

Quatrièmement, dans sa forme actuelle, la loi n'avait pas de caractère éducatif ou dissuasif puisque la perception qu'ont les Canadiens des préjudices que cause le cannabis n'était plus la même que celle du gouvernement. À ce sujet, Marie-Andrée Bertrand indiquait :

« Mais facteur plus important et sous-tendant les problèmes d'application de la loi, un changement progressif s'est opéré chez les Canadiens quant à la nocivité de cette substance. Il a fallu se rendre à l'évidence, le cannabis n'engendre pas de dépendance physique. On a contesté les opinions reçues. [...] Cependant, le maintien de l'interdiction du cannabis a provoqué chez de nombreux usagers un mépris général de la loi. »¹⁰⁸

¹⁰⁴ *Ibid.*, page 308.

¹⁰⁵ *Ibid.*, pages 307-309.

¹⁰⁶ *Ibid.*, page 308.

¹⁰⁷ *Ibid.*, page 309.

¹⁰⁸ *Ibid.*, page 304.

Pour toutes ces raisons, Marie-Andrée Bertrand recommandait la «légalisation contrôlée» du cannabis. En somme, le gouvernement fédéral devait retirer cette drogue de la *Loi sur les stupéfiants* et entreprendre des pourparlers avec les provinces en vue d'en soumettre la vente et la consommation à des contrôles semblables à ceux qui s'appliquent à l'alcool. Un tel système s'appuierait sur une réglementation permettant, d'une part, l'interdiction de la distribution ou la vente aux mineurs et, d'autre part, la mise en marché d'un produit de qualité et à un prix qui éliminerait tout risque de contrebande. Afin de garantir le succès d'une telle réforme, les gouvernements fédéral et provinciaux devaient collaborer afin de mettre au point des méthodes de production et de commercialisation tout en menant des recherches épidémiologiques multidisciplinaires afin d'évaluer les répercussions d'une politique de légalisation contrôlée sur la santé ou le comportement humain et déterminer les modalités d'usage.¹⁰⁹

Enfin, pour Marie-Andrée Bertrand, cette politique serait bénéfique non seulement pour les usagers, mais également pour les gouvernements fédéral et provinciaux en raison des revenus considérables prévisibles provenant de la taxation des ventes d'un produit aussi populaire.¹¹⁰

Opinion minoritaire : Les recommandations d'Ian Campbell

Contrairement aux recommandations très libérales de Marie-Andrée Bertrand, celles proposées par Ian Campbell avaient un ton beaucoup plus conservateur. Bien qu'il se soit rallié aux conclusions de la majorité, il croyait fermement que la décriminalisation de la simple possession de cannabis serait mal interprétée par les médias et la population. Dans le cas de la légalisation, le signal envoyé à la société, plus particulièrement aux jeunes, serait que le cannabis est une drogue inoffensive et pourrait éventuellement mener à l'acceptation de l'usage d'autres drogues beaucoup plus dangereuses. À cet égard, il affirme que, dans les deux cas :

*« Il y a risque aussi, à mon avis, que la levée de l'interdiction de la possession de cannabis, même par des adolescents, soit faussement interprétée comme une indication que la société est prête à accepter avec indulgence l'usage de la drogue, ce qui n'a pas été établi. Que les raisons d'une levée de l'interdiction soient mal interprétées ou non, je suis convaincu que cette libéralisation entraînerait une augmentation du nombre d'usagers. [...] Le risque de cette progression est probablement moindre chez ceux pour qui la loi actuelle a eu un effet préventif que chez ceux qui ont déjà fait usage de cannabis, mais il est néanmoins réel pour un grand nombre. »*¹¹¹

Selon lui, le maintien de la prohibition avait un avantage bénéfique, celui de protéger les jeunes contre les préjudices du cannabis :

¹⁰⁹ *Ibid.*, pages 310-311.

¹¹⁰ *Ibid.*, page 304.

¹¹¹ *Ibid.*, page 312.

*« Les dangers du cannabisme sont probablement moins graves chez les adultes que les jeunes, mais suffisamment de raisons, à mon avis, militent en faveur d'une interdiction absolue. L'une d'elle, et non la moindre, est l'impossibilité pratique où l'on se trouve actuellement d'avoir recours à la loi pour faire comprendre les dangers du cannabisme sans maintenir l'interdiction pour tous, jeunes ou vieux. »*¹¹²

Dans ce contexte, la loi servait les intérêts de la prévention et de la moralité en protégeant l'individu et la société. Poursuivant sur cette lancée, il a déclaré, à propos du cannabis et de l'immaturation des jeunes :

*« On s'est inquiété récemment à juste titre des préjudices causés aux personnes qui doivent assumer prématurément trop d'obligations et de responsabilités. Il me semble, par contre, qu'on ne s'est pas assez préoccupé ces derniers temps des conséquences que peut avoir pour les jeunes un excès de libertés. »*¹¹³

Malgré tout, à l'instar des autres commissaires, il reconnaissait le fait que certaines sanctions pénales prévues par la loi puissent causer à certaines personnes un préjudice disproportionné par rapport à la nocivité réelle du cannabis sur la santé humaine et la société. Il a donc proposé le maintien des infractions de simple possession et de culture de cannabis, tout en précisant qu'elles ne devraient être jugées que par procédure sommaire et seraient passibles d'une amende de 25 \$ pour la première infraction et de 100 \$ à chaque récidive. Non seulement le maintien de la prohibition serait à l'avantage de l'usager, mais également des policiers puisqu'il :

*« est tout à fait raisonnable de penser, en effet, que la plupart des personnes qu'on arrête pour possession de drogue, à la suite d'une enquête systématique de la police, sont effectivement coupables de trafic. »*¹¹⁴

Les travaux de la Commission Le Dain se sont terminés le 14 décembre 1973 avec le dépôt du rapport final. Le 31 juillet 1972, le ministre de la Santé, John Munro, avait dévoilé la politique que le gouvernement fédéral voulait suivre suite au dépôt du rapport spécial de la Commission sur le cannabis. Même s'il a refusé de légaliser l'usage du cannabis, le ministre a déclaré son intention de soustraire le cannabis à la *Loi sur les stupéfiants* afin de l'inscrire à la *Loi sur les aliments sur les drogues*. Cette mesure serait accompagnée d'un allègement des peines pour certaines infractions relatives à cette drogue, de programmes de recherche et d'éducation concernant son usage non médical et d'une atténuation des conséquences juridiques pour les usagers. Cette mesure aurait également englobé le haschisch puisque le gouvernement « *voulait faire une distinction claire entre cette drogue [cannabis] et les stupéfiants dangereux comme l'héroïne.* »¹¹⁵ Deux ans plus tard, le 26 novembre 1974, le gouvernement fédéral déposait au Sénat le projet de loi S-19 afin de remplir ses engagements.

¹¹² *Ibid.*, page 313.

¹¹³ *Ibid.*, page 314

¹¹⁴ *Ibid.*, page 316

¹¹⁵ Valois, D, « La marijuana et le haschisch ne seront pas légalisés », *Le Droit*, Ottawa, 1^{er} août 1972.

Le projet de loi S-19 et le cannabis

Le projet de loi S-19 créait la Partie V de la *Loi sur les aliments et drogues* intitulée « Cannabis ». Ainsi, comme le recommandait l'opinion de la majorité dans le rapport spécial de la Commission Le Dain, cette drogue ainsi que ses usagers n'étaient plus soumis aux dispositions sévères de la *Loi sur les stupéfiants*.

L'article 7 du S-19 définissait « cannabis » comme étant le haschisch, la marijuana, le cannabidol ainsi que le THC. Il maintenait l'infraction de simple possession qui, toutefois, ne pouvait être poursuivie que par procédure sommaire. Quiconque en était déclaré coupable serait passible, dans le cas d'une première infraction, d'une amende maximale de 500 \$ ou, à défaut de paiement, d'une peine d'emprisonnement maximale de six mois. Dans le cas d'une récidive, l'amende serait fixée à un montant ne pouvant dépasser 1 000 \$ ou, à défaut de paiement, d'une peine de prison d'une période qui ne pouvait excéder six mois. Comme on peut le constater, le législateur privilégiait désormais l'amende à l'emprisonnement pour la simple possession.

Le projet de loi maintenait également les infractions de trafic, de possession en vue de trafic ainsi que de culture de cannabis sans permis prévues par la *Loi sur les stupéfiants*, passibles, sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire, d'une amende maximale de 1 000 \$, d'un emprisonnement maximal de 18 mois ou l'une de ces deux peines et, par une mise en accusation, d'une peine de prison d'une durée maximale de 10 ans. Les peines prévues étaient donc moins élevées que celles prévues par la Loi de 1961 sauf pour la culture de cannabis. En effet, même si le projet S-19 créait une infraction mixte pour ce crime, la peine d'emprisonnement maximale était beaucoup plus élevée (dix ans plutôt que sept lors d'une poursuite par voie de mise en accusation).

Enfin, lorsqu'une personne était reconnue coupable d'exportation ou d'importation de cannabis, elle s'exposait, dans le cas d'une déclaration de culpabilité par procédure sommaire, à une peine d'emprisonnement maximale de deux ans et, lors d'une mise en accusation, d'une peine minimale d'emprisonnement de trois ans pouvant aller jusqu'à quatorze ans. On voulait ainsi démontrer que les activités de trafic et de contrebande de cannabis étaient des crimes que le législateur jugeait encore et toujours comme très graves.

Outre ces infractions, le projet de loi S-19 comportait également les procédures criminelles incluses dans les parties III et IV de la *Loi sur les aliments et drogues* (preuve de possession en vue de trafic, certificat de l'analyste, pouvoirs policiers, etc.). Enfin, les dispositions concernant les règlements qui pouvaient être adoptés par le gouverneur en conseil concernant la délivrance de permis pour la culture et la simple possession de cannabis étaient désormais inscrites dans la nouvelle Partie V.

Le projet de loi a été étudié par le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles. Le rapport de ce dernier recommandait trois amendements. Le premier ajoutait une disposition prévoyant une dérogation à *Loi sur le*

casier judiciaire à l'effet que toute personne qui fut absoute inconditionnellement ou sous condition bénéficierait automatiquement du pardon. Cette mesure avait pour but d'éliminer du Centre d'information de la police canadienne (CIPC) toute possibilité qu'un casier judiciaire subsiste après absolution. Le deuxième amendement portait de 10 à 14 ans moins un jour la peine d'emprisonnement maximale pour le trafic de stupéfiant. Le troisième abrogeait la peine minimale de trois ans pour contrebande.

Le projet de loi S19 fut adopté le 15 juin 1975 en troisième lecture et a été envoyé à la Chambre des communes où il n'a jamais franchi l'étape de la deuxième lecture. À l'automne 1976, Mitchell Sharp a déclaré dans une entrevue que le projet ne serait pas réintroduit puisque des projets de lois plus importants étaient à l'étude.

APRÈS LE DAIN : LA FUITE EN AVANT

Tout au long des années 70, plusieurs politiciens fédéraux ont promis des réformes majeures afin d'alléger, voire d'éliminer, les sanctions pénales imposées aux usagers de cannabis. En 1972, le Parti libéral du Canada a inscrit dans sa plate-forme électorale son intention de modifier la politique canadienne sur la marijuana¹¹⁶, ce qui a probablement donné naissance au projet de loi S-19. En 1978, le chef du Parti progressiste-conservateur, Joe Clark, a déclaré qu'un gouvernement formé par sa formation politique décriminaliserait la simple possession de cette drogue.¹¹⁷ Toutefois, au début des années 80, les promesses de réforme ont cessé.

Au milieu des années 80, les Canadiens vont assister à une modification importante de la position du gouvernement fédéral à l'égard des drogues. Cette nouvelle réalité n'était peut-être pas étrangère à la politique américaine de « guerre contre la drogue » adoptée au début des années 80 par le Président Ronald Reagan. Désormais, les États-Unis redeviendront très actifs au sein des organisations internationales de contrôle des stupéfiants afin d'inciter la communauté internationale à prendre des mesures énergiques pour mettre fin au trafic de stupéfiants qui « menace la jeunesse américaine ».

En 1987, le Canada s'est activement impliqué dans les travaux de la Conférence internationale sur l'abus et le trafic de drogues illicites.¹¹⁸ Deux événements importants se sont produits lors de cette réunion organisée sous l'égide des Nations Unies. Dans un premier temps, les délégués ont adopté un Schéma multidisciplinaire complet pour les activités futures de lutte contre l'abus des drogues encourageant les États à respecter leurs obligations en vertu des traités existants. Cette initiative visait quatre domaines importants : la prévention et la réduction de la demande de drogues illicites, le contrôle

¹¹⁶ Spicer, L., *op. cit.*

¹¹⁷ Giffen, P.J., et coll., *op. cit.*, page 571.

¹¹⁸ Note d'information du Bureau de recherche du Parti progressiste-conservateur du Canada, 1^{er} juin 1987

de l'offre, la suppression du trafic illicite, et le traitement et la réadaptation. Pour la première fois, les instruments juridiques internationaux prévoyaient explicitement la réduction de l'offre. Dans un deuxième temps, les délégués ont mis la dernière touche au traité visant à réprimer le trafic de stupéfiants à l'échelle mondiale. Ce traité fut adopté à Vienne le 20 décembre 1988 sous le nom de *Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes* (Convention de 1988).

En plus de sa participation aux travaux ayant mené à l'adoption de cette convention, dès le milieu des années 1980, le Canada a multiplié ses activités sur la scène internationale en matière de drogues. En juin 1987, le Canada ratifie la Convention sur les substances psychotropes de 1971¹¹⁹; et promet d'accroître sa participation financière au Fonds des Nations Unies pour la lutte contre l'abus des drogues à 1 million \$ d'ici 1991. Le gouvernement canadien justifiait sa participation sur la scène internationale en matière de stupéfiants en précisant que:

[Traduction] « *Le gouvernement agit pour endiguer le flux de drogues qui entrent ou sortent du Canada, non seulement parce que les Canadiens sont victimes de toxicomanie, mais parce que nous avons aussi un rôle important à jouer comme citoyens responsables dans le monde.* »¹²⁰

Cette lutte sur la scène internationale s'est transportée au pays lorsque le Parlement a adopté le 13 septembre 1988 avant même que le Canada n'ait signé ou ratifié la Convention de 1988 – ce qu'il fera en 1990 – le projet de loi C-61 qui visait à combattre le recyclage des produits de la criminalité (blanchiment d'argent, criminalité érigée en entreprise, etc.). Ce texte législatif visait le crime organisé et le financement de ses activités par le trafic des stupéfiants. Ainsi, le *Code criminel* et la *Loi sur les stupéfiants* étaient amendés afin de créer deux nouvelles infractions : le recyclage des produits de la criminalité et la possession de biens obtenus grâce au trafic de stupéfiants. Ces deux nouvelles dispositions s'appliquaient également aux activités illégales de culture, de trafic, d'exportation et d'importation de drogues au Canada ou à l'étranger si elles étaient commises par des citoyens canadiens. Le Parlement n'avait pas besoin de légiférer pour criminaliser les autres activités interdites par la Convention de 1988 puisque, comme nous l'avons vu, la plupart d'entre elles l'étaient déjà depuis 1961.

La Loi réglementant certaines drogues et autres substances

Conformément à l'engagement pris en 1987 par le gouvernement fédéral, le ministre de la Santé, Perrin Beatty, a déposé le projet de loi C-85, la *Loi sur les substances psychotropes*, le 11 juin 1992. Ce texte législatif fusionnait les Parties III et IV de la *Loi sur*

¹¹⁹ International Narcotics Control Board, (1988) *Report of the International Narcotics Control Board for 1987*, Vienne : Organisation des Nations Unies, page 21.

¹²⁰ Note d'information du Bureau de recherche du Parti progressiste-conservateur du Canada, 1^{er} juin 1987

les aliments et drogues ainsi que la *Loi sur les stupéfiants* en une seule loi. Le projet de loi C-85 n'a jamais franchi l'étape du rapport à la Chambre des communes et est mort au Feuilleton, en septembre 1993, lors de la dissolution de la 34^e Législature pour la tenue d'élections fédérales.

Le 2 février 1994, la nouvelle ministre de la Santé, Diane Marleau, a ressuscité la mesure législative proposée par l'ancien gouvernement sous un nom différent : la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRDS). Il a été adopté par la Chambre des communes le 30 octobre 1995. Après la prorogation de la première session de la 35^e Législature, il fut réintroduit au Sénat le 6 mars 1996 et renuméroté C-8. Il est entré en vigueur le 20 juin 1996.

Il s'agissait de la première réforme majeure de la législation canadienne antidrogue depuis la fin des années 60. Excepté les modifications apportées en 1988 avec le projet C-61, la *Loi sur les stupéfiants* avait été modifiée en 1985 afin d'abolir le recours au mandat de main-forte et la procédure permettant d'établir la preuve pour possession de stupéfiants en vue de trafic. En 1987, la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *R. c. Smith*, avait en effet déclaré inconstitutionnelle la peine d'emprisonnement minimale de sept ans pour une infraction d'exportation ou d'importation en vertu de l'article 12 de la *Charte canadienne des droits et libertés* (peine cruelle ou inusitée), entraînant ainsi son abrogation.

Un des objectifs du projet de loi C-8 était de satisfaire aux obligations internationales du Canada dans le cadre de la *Convention unique sur les stupéfiants* (1961), de la *Convention sur les substances psychotropes* (1971), ainsi que de la *Convention des Nations Unies contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes* (Convention de Vienne, 1988). » De plus, il visait à instaurer un cadre législatif permettant de réglementer l'importation, la production, l'exportation, la distribution et l'utilisation des substances se trouvant aux annexes des lois antérieures. Les sections suivantes décrivent les principales dispositions de cette nouvelle mesure législative.

Les substances

La fusion de l'annexe de la *Loi sur les stupéfiants* avec les annexes des *Lois sur les aliments et drogues* de 1961 et 1969, combiné à l'ajout de nouvelles substances telles les benzodiazépines ainsi que les précurseurs de cette longue liste de substances, a considérablement augmenté le nombre de drogues soumises aux dispositions et procédures contraignantes de la LRDS.

L'expression «substance désignée» s'entend aux substances inscrites à l'une ou l'autre des annexes I, II, III, IV et V. De plus, la loi définit le terme «analogue» comme toute substance dont la structure chimique est essentiellement la même que celle d'une substance désignée. Aussi, toute chose contenant une substance désignée et servant, ou destinée à servir ou conçue pour servir, à la produire ou à l'introduire dans le corps humain sera traité comme cette substance illicite.

❖ **Annexe I :** des stupéfiants comme l'opium, la morphine et la cocaïne.

- ❖ **Annexe II :** le cannabis, le haschisch, cannabinoï, etc.
- ❖ **Annexe III :** des stimulants comme les amphétamines, des hallucinogènes comme la mescaline, le LSD et le DET, et des sédatifs comme le méthqualone, communément appelé quaalude.
- ❖ **Annexe IV :** entre autres les stéroïdes anabolisants, et les hypnotiques comme les barbituriques et les benzodiazépines (mieux connus sous leurs marques de commerce Seconal, Luminal, Valium et Librium).
- ❖ **Annexe V :** énumère autres substances pouvant donner lieu à abus.
- ❖ **Annexe VI :** les précurseurs – ils ne produisent pas d'effet sur le psychisme, mais ils peuvent être convertis ou utilisés pour produire des drogues "designer", des "simili-drogues" ou des substances figurant dans les annexes suivant les obligations internationales que le Canada a contractées en vertu de la *Convention unique sur les stupéfiants* (1961) et de la *Convention de Vienne* de 1988.
- ❖ **Les annexes VII et VIII :** concernent l'application des peines pour les infractions liées au cannabis.

Au total, plus de 150 drogues, substances psychotropes et précurseurs se trouvent maintenant dans les annexes de la loi. Il est à noter que l'article 60 de la LRDS maintient la disposition adoptée en 1911 prévoyant que le gouverneur en conseil peut, par décret, modifier l'une ou l'autre des annexes de la loi en y ajoutant ou supprimant une ou plusieurs substances si cela lui paraît nécessaire dans l'intérêt public.

Partie I : Les infractions et les peines

La participation aux activités susmentionnées n'entraînerait pas nécessairement de sanctions criminelles. Comme on le verra plus loin, la loi prévoit des règlements autorisant la possession, l'importation ou l'exportation et la production à des fins médicales, scientifiques, industrielles ou d'application de la loi. La Partie I de la LRDS énumère plusieurs types d'infractions :

- (1) La possession d'une substance inscrite à l'annexe I, II ou III (paragraphe 4(1)); l'obtention, ou chercher à obtenir, une substance inscrite à l'annexe I, II, III ou IV, ou l'ordonnance nécessaire à son obtention auprès d'un praticien (paragraphe 4(2). Le tableau qui suit indique les peines maximales pour l'infraction de possession¹²¹:

Possession d'une substance inscrite à l'annexe I

¹²¹ Les tableaux des peines dans cette section sont reproduits du texte *Projet de loi C-8 : Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, Résumé législatif 240, préparé par Jane Allain, Division du droit et du gouvernement, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, 20 mars 1996 (révisé le 1^{er} mai 1997).

Acte criminel	Emprisonnement de sept ans
Procédure sommaire	Amende de 1 000 \$ ou 6 mois de prison, ou les deux
Récidive :	Amende de 2 000 \$ ou emprisonnement d'un an, ou les deux
Possession d'une substance de l'annexe II (cannabis sous toutes ses formes) :	
Acte criminel	Emprisonnement de 5 ans moins un jour
Procédure sommaire	Amende de 1 000 \$ ou 6 mois de prison ou les deux
Récidive	Amende de 2 000 \$ ou un an de prison ou les deux
Possession d'une substance de l'annexe VIII (moins de 1 g de résine de cannabis (haschich) ou moins de 30 g de marijuana)	
Procédure sommaire seulement	Amende de 1 000 \$ ou 6 mois de prison ou les deux
Possession d'une substance inscrite à l'annexe III	
Acte criminel	Emprisonnement de 3 ans
Procédure sommaire	Amende de 1 000 \$ ou 6 mois de prison ou les deux
Récidive	Amende de 2 000 \$ ou un an de prison ou les deux

Les pénalités imposées pour l'infraction au paragraphe 4(2) sont semblables mais varient légèrement des peines prévues pour l'infraction de possession.

- (2) De faire le trafic de toute substance inscrite aux annexes I, II, III ou IV ou de toute substance présentée ou tenue pour telle. Le trafic est défini comme toute opération de vente, d'administration, de don, de cession, de transport, d'expédition ou de livraison relativement à la substance inscrite, ou toute offre d'effectuer l'une de ces opérations. La «vente» comprend le fait de mettre en vente, d'exposer ou d'avoir en sa possession pour la vente ou de distribuer, que la distribution soit faite ou non à titre onéreux (paragraphe 5(1)) ; de posséder toute substance inscrite aux annexes I, II, III ou IV en vue d'en faire le trafic (paragraphe 5(2)). Le tableau qui suit indique les peines maximales pour ces infractions :

Trafic d'une substance inscrite à l'annexe I ou à l'Annexe II (sauf dans les cas de moins de 3 kg de cannabis)	
Acte criminel : Pas de procédure sommaire	Emprisonnement à vie
Trafic d'une substance inscrite à l'Annexe III	
Acte criminel Procédure sommaire	Emprisonnement de 10 ans Emprisonnement de 18 mois
Trafic d'une substance inscrite à l'Annexe IV	
Acte criminel Procédure sommaire	Amende de 1 000 \$ ou 6 mois de prison ou les deux Emprisonnement d'un an

Le trafic de cannabis ne donnerait pas toujours lieu à une peine maximale d'emprisonnement à vie. Dans les cas de trafic de moins de 3kg de cannabis, la personne est coupable d'un acte criminel et sujet à une peine maximale de 5 ans moins un jour.

- (3) De faire importation ou exportation de toute substance inscrite à l'une ou l'autre des annexes I à VI (paragraphe 6(1)); d'avoir en sa possession toute substance inscrite à l'une ou l'autre des annexes I à VI en vue de son exportation (paragraphe 6(2)). Le tableau qui suit indique les peines maximales pour ces infractions :

Importation ou exportation d'une substance inscrite à l'Annexe I ou II	
Acte criminel : Pas de procédure sommaire	Emprisonnement à vie
Importation ou exportation d'une substance inscrite à l'Annexe III ou VI	
Acte criminel Procédure sommaire	Emprisonnement de 10 ans Emprisonnement de 18 mois
Importation ou exportation d'une substance inscrite à l'Annexe IV	
Acte criminel Procédure sommaire	Emprisonnement de 3 ans Emprisonnement d'un an

- (4) La production de toute substance inscrite aux annexes I, II, III ou IV. La production est définie comme le fait de l'obtenir par quelque méthode que ce soit, et notamment par la fabrication, la synthèse ou tout autre moyen altérant ses propriétés physiques ou chimiques, ou la culture, la multiplication ou la récolte de la substance ou d'un organisme vivant dont il peut être extrait ou provenir de toute autre façon. Le tableau qui suit indique les peines maximales pour cette infraction :

Production d'une substance inscrite à l'annexe I ou II (autre que le cannabis ou la marijuana)	
Acte criminel Pas de procédure sommaire	Emprisonnement à vie
Production de cannabis (marijuana) (moins de 1 g de résine de cannabis (haschich) ou moins de 30 g de marijuana)	
Acte criminel Pas de procédure sommaire	Emprisonnement de 7 ans

Production d'une substance inscrite à l'Annexe III	
Acte criminel	Emprisonnement de 10 ans
Procédure sommaire	Emprisonnement de 18 mois
Production d'une substance inscrite à l'Annexe IV	
Acte criminel	Emprisonnement de 3 ans
Procédure sommaire	Emprisonnement d'un an

- (5) La possession de biens d'origine criminelle (article 8); et les infractions liées au recyclage du produit d'activités criminelles (article 9).

Il est évident que les peines pour les infractions sont liées de près à l'annexe où figure la substance en cause. De plus, les peines fixées pour les infractions relatives au cannabis varient également beaucoup selon la quantité confisquée, sujet qui sera discuté plus en détail ci-dessous.

L'article 10 de la loi énonce l'objectif des peines prononcées : de contribuer au respect de la loi et au maintien d'une société juste, paisible et sûre tout en favorisant la réinsertion sociale des délinquants et, dans les cas indiqués, leur traitement et en reconnaissant les torts causés aux victimes ou à la collectivité. De plus, cet article énumère une liste de facteurs que le tribunal doit considérer comme circonstances "aggravantes" en déterminant la peine à imposer à une personne reconnue coupable d'une infraction désignée. Les facteurs à considérer sont les suivants : l'utilisation d'une arme ou le recours ou la menace de recourir à la violence, le trafic d'une substance sur le terrain d'une école ou dans un lieu public fréquenté par des mineurs, ou auprès d'une personne de moins de 18 ans, et toutes condamnations antérieures pour une infraction liée à la drogue. De plus, l'utilisation des services d'un mineur pour perpétrer une infraction désignée constitue des circonstances aggravantes. Le juge qui déciderait de n'imposer aucune peine d'emprisonnement en présence d'une ou de plusieurs des circonstances aggravantes est tenu de justifier sa décision.

Partie II : Exécution et mesures de contrainte

Les articles 11 et 12 de la loi traitent des activités de perquisitions, de fouilles et de saisies. Ces thèmes sont discutés plus en profondeur dans le chapitre 14.

L'article 13 incorpore certaines dispositions du *Code criminel* établissant un plan détaillé pour la restitution, le renvoi ou la détention des biens saisis. Dans le cas de biens infractionnels, les articles *Code criminel* s'appliquent sous réserve des articles 16 à 22 de la loi. De plus, une procédure distincte est établie dans les articles 24 à 29 pour déterminer la disposition des substances désignées. Il est à noter que l'article 14 permet d'émettre une ordonnance de blocage contre un bien infractionnel.

Les articles 16 et 17 traitent de la confiscation de biens infractionnels. Un bien infractionnel est défini comme tout bien situé au Canada ou non – à l'exception des

substances désignées ou des biens immeubles, sauf si ces derniers ont été construits ou ont subi d'importantes modifications en vue de faciliter la perpétration d'une infraction désignée – qui sert ou donne lieu à la perpétration d'une infraction désignée ou qui est utilisé de quelque manière dans la perpétration d'une telle infraction, ou encore qui est destiné à servir à une telle fin. Le tribunal qui déclare une personne coupable d'une infraction désignée doit ordonner la confiscation des biens infractionnels s'il est convaincu, selon la prépondérance des probabilités, que les biens sont liés à la perpétration de l'infraction. Lorsque les biens infractionnels ne peuvent être liés à l'infraction dont la personne est accusée, le tribunal pourrait quand même en ordonner la confiscation. Le tribunal peut rendre cette ordonnance à la condition d'être convaincu, hors de tout doute raisonnable, qu'il s'agit de biens infractionnels. De plus, des biens infractionnels peuvent être confisqués même si des procédures judiciaires n'ont jamais été engagées. Le juge doit rendre une ordonnance de confiscation s'il est convaincu que les conditions suivantes sont réunies : les biens sont, hors de tout doute raisonnable, des biens infractionnels; des procédures ont été engagées relativement à une infraction désignée ayant trait à ces biens; la personne accusée de l'infraction est décédée ou s'est esquivée.

Les articles 18 à 22 reprennent essentiellement les mêmes éléments que ceux qui figurent dans les articles 462.4 à 462.45 du *Code criminel*. Le but de ces articles est de protéger les intérêts des tiers innocents et des acheteurs de bonne foi. Règle générale, si le tribunal est convaincu de la véracité de la réclamation, il peut ordonner que le bien soit restitué (ou le paiement de sa valeur si ce n'est pas possible de le restituer) à la personne qui en est le propriétaire légitime ou qui a droit à sa possession.

L'article 23 ne fait qu'incorporer les dispositions du *Code criminel* ayant trait à la confiscation du produit de la criminalité. En conséquence, les mêmes modalités sont établies dans le cas de la confiscation du produit d'infractions désignées.

Partie III – Disposition des substances désignées

En vertu du paragraphe 13(4) de la loi, lorsqu'une substance désignée a été saisie un rapport décrivant le lieu perquisitionné, la substance saisie et l'endroit où elle est gardée doit être déposé au juge de paix de la circonscription concernée. Les articles 24 à 29 de la loi régissent la disposition des substances désignées.

L'article 24 établit la procédure avant le procès pour la restitution de substances désignées. Par exemple, toute personne peut, dans les 60 jours suivant la date où une substance désignée a été saisie, trouvée ou obtenue par un agent de la paix ou un inspecteur, demander à un juge de paix de lui en ordonner la restitution. Si le juge est convaincu du bien-fondé de la demande, il ordonne que la substance soit restituée au demandeur. Dans le cas contraire, le juge ordonne la confiscation au profit de la Couronne. La substance est alors disposée conformément aux règlements applicables ou, à défaut, selon les instructions du ministre. À défaut de demande de restitution la substance est remise au ministre et est disposée conformément aux règlements applicables ou, à défaut, selon les instructions du ministre.

Il est à noter que l'article 26 permet au ministre de demander au juge de paix d'ordonner qu'une substance désignée soit confisquée, à tout moment, s'il a des motifs de croire que celle-ci risque de porter atteinte à la sécurité ou à la santé publique. La demande se fait essentiellement par procédure *ex parte*. Si le juge de paix décide que le ministre a des motifs raisonnables de croire que la substance risque de porter atteinte à la sécurité ou à la santé, il en ordonne la confiscation. La substance est disposée conformément aux règlements applicables ou, à défaut, selon les instructions du ministre.

L'article 27 réglemente la procédure après le procès pour la restitution des substances désignées saisies - la personne qui s'est fait saisir la substance a droit à sa restitution si le tribunal juge ses activités légitimes. Autrement, la substance est restituée au véritable propriétaire légitime, pourvu que cette personne puisse être identifiée. Dans ni l'un ni l'autre des cas, la substance est confisquée au profit de la Couronne qui en dispose conformément aux règlements applicables ou, à défaut, selon les instructions du ministre.

L'article 28 permet au ministre à disposer d'une substance désignée avec l'assentiment du propriétaire.

Finalement, l'article 29 permet au ministre de faire détruire les plantes dont peuvent être extraites les substances inscrites aux annexes I, II, III ou IV et qui sont produites sans permis réglementaire ou en violation de celui-ci.

Partie IV : Contrôle d'application

Cette partie porte sur les pouvoirs attribués aux inspecteurs pour veiller à ce que le titulaire d'une autorisation ou d'une licence réglementaire l'habilitant à se livrer à des opérations à l'égard de substances désignées or des précurseurs soit respectueux des règlements.

L'inspecteur peut procéder, à toute heure convenable, à la visite de tout lieu où il a des motifs raisonnables de croire que le titulaire exerce son activité commerciale ou professionnelle. La loi autorise les inspecteurs à commettre une série d'actes reliés à l'inspection, y compris saisir et retenir toute substance désignée ou tout précurseur dont il juge, pour des motifs raisonnables, la saisie et la rétention nécessaire. La loi prévoit des dispositions traitant de la restitution des biens saisis. Il est à noter que dans le cas de local d'habitation, il faut d'abord que l'inspecteur obtienne le consentement de l'occupant ou qu'il soit muni d'un mandat.

Partie V : Ordonnances administratives pour violation de règlements spéciaux

Cette partie a pour effet de prévoir la procédure administrative à suivre lorsqu'il y a contravention des règlements désignés "spéciaux" par le gouverneur en conseil. L'article 33 de la LRDS permet au gouverneur en conseil de proclamer certains textes réglementaires adoptés en vertu de l'article 55 comme étant des « *règlements spéciaux* ». Le non-respect de ces derniers peut entraîner des ordonnances administratives comportant

des sanctions sévères, y compris la révocation du permis ou de licence qui avait été délivré par le ministère de la Santé (paragraphe 40(4)).

Partie VI : Dispositions générales

Les articles 44 à 60 prévoit des dispositions générales. Par exemple, les articles 44, 45 et 51 traite de la désignation des analystes, l'envergure de leurs fonctions et l'admissibilité de leurs rapports dans un procès.

L'article 46 crée une peine générale qui s'applique à quiconque contrevient à une disposition de la présente loi pour laquelle aucune peine n'est spécifiquement prévue ou à un règlement. Un acte criminel est puni d'une amende maximale de 5 000 \$ et/ou d'un emprisonnement de trois ans. Une infraction menant à une déclaration de culpabilité par procédure sommaire donne lieu à une amende de 1 000 \$ et/ou à six mois de prison.

En vertu de l'article 47, la période pour entreprendre les poursuites par procédure sommaire pour certaines infractions à la loi et aux règlements est d'un an. Toutes les autres questions de procédure sommaire se prescrivent par six mois à compter de la perpétration.

D'autres articles traitent des questions suivantes : que le poursuivant n'a pas, sauf pour réfutation, à établir qu'un certificat, une licence, un permis ou tout autre titre ne joue pas en faveur de l'accusé (article 48) ; qu'une copie d'un document déposé auprès d'un ministère est admissible en preuve sans qu'il soit nécessaire de prouver l'authenticité de la signature de l'autorité (article 49) ; qu'un certificat délivré à un agent de police exemptant ce dernier de l'application de la loi ou de son règlement est admissible en preuve dans le cadre d'une procédure et, sauf preuve contraire, fait foi de la validité de sa délivrance et de son contenu sans qu'il soit nécessaire de prouver l'authenticité de la signature qui y est apposée ou la qualité officielle du signataire - la défense peut, avec l'autorisation du tribunal, contre-interroger la personne qui a délivré le certificat (article 50); que la signification de tout document peut être prouvée par témoignage, affidavit ou déclaration solennelle, bien que le tribunal puisse quand même exiger que le signataire compare (article 52); que la continuité de la possession d'une pièce présentée comme preuve dans le cadre d'une procédure peut être établie par le témoignage de la personne qui prétend l'avoir eue en sa possession, ou par l'affidavit ou la déclaration solennelle de celle-ci (article 53) ; et que des copies certifiées de livres, registres, données électroniques ou autres documents saisis peuvent être présentes comme preuve admissible par le procureur - la version copiée aurait la même force probante que l'original, à moins que l'accusé présente des preuves à l'effet contraire (article 54).

Le paragraphe 55(1) établit le pouvoir du gouverneur en conseil de prendre des règlements. L'un des objectifs de la politique canadienne antidrogue était le contrôle du commerce légal des drogues inscrites à l'annexe à des fins médicales ou scientifiques. La LRDS augmentait de façon importante le pouvoir du gouverneur en conseil de prendre des règlements relativement aux substances désignées et aux précurseurs. Les règlements pris en vertu de la LRDS s'appliquent notamment aux entreprises, aux

médecins et aux pharmaciens. Ainsi, le gouverneur en conseil peut adopter les règlements qui suivent concernant les substances désignées ou les précurseurs :

- ❖ Régir, autoriser contrôler ou restreindre l'importation et l'exportation, la production, l'emballage, l'expédition, le transport, la livraison, la vente, l'administration, la possession ou l'obtention.
- ❖ Délivrer les permis aux entreprises ou personnes permettant les activités susmentionnées, définir les modalités de paiements et leur révocation, et déterminer les qualifications requises des titulaires de permis.
- ❖ Contrôler les méthodes de production, d'entreposage, d'emballage et restreindre la publicité, si nécessaire, pour la vente de ces substances;
- ❖ Régir les livres, registres, données électroniques ou autres documents que doivent établir les entreprises, les médecins, les pharmaciens ou toute autre personne titulaire d'un permis qui se livrent aux activités mentionnées au premier point.
- ❖ Autoriser, si nécessaire, la communication de renseignements obtenus en vertu des enquêtes menées par les inspecteurs du ministère de la Santé aux autorités provinciales lors d'une contravention grave aux règlements concernant les activités définies au premier point afin qu'elles puissent prendre des mesures disciplinaires.
- ❖ Soustraire, aux conditions précisées dans les règlements, toute personne ou catégorie de personne à l'application de l'article 55.

Le paragraphe 55(2) permet au gouverneur en conseil, sur la recommandation du Solliciteur général du Canada, de prendre des règlements ayant trait aux investigations et à d'autres activités d'application de la loi. Cela comprend des règlements soustrayant les agents de police, dans certaines circonstances, de l'application de la partie I de la loi (les infractions et les peines).

En vertu de l'article 56, le ministre peut soustraire, aux conditions qu'il ou elle fixe, à l'application de tout ou partie de la présente loi ou de ses règlements toute personne ou catégorie de personnes, ou toute substance désignée ou tout précurseur ou toute catégorie de ceux-ci, s'il ou elle estime que des raisons médicales, scientifiques ou d'intérêt public le justifient. L'article 57 traite de la délégation des pouvoirs du ministre et du Solliciteur général.

L'article 58 précise que les dispositions de la loi ou de ses règlements l'emportent respectivement sur les dispositions incompatibles de la *Loi sur les aliments et drogues* ou de ses règlements.

L'article 59 crée une infraction de faire ou consentir à ce que soit faite une déclaration fausse ou trompeuse, participer à une telle déclaration ou y acquiescer, dans un livre, registre, rapport ou autre document à établir aux termes de la loi ou de ses règlements,.

Tel que mentionné, le gouverneur en conseil est habilité, en vertu de l'article 60, à modifier l'une ou l'autre des annexes pour y ajouter ou en supprimer une substance nommée.

Le cas particulier du cannabis

La première version de la LRDS maintenait le cannabis à l'annexe où l'on trouvait les drogues les plus dangereuses et auxquelles les sanctions criminelles les plus sévères décrites plus haut s'appliquaient. Afin de faire taire les critiques, le gouvernement a accepté de retirer le cannabis de l'annexe I et a créé les annexes II, VII et VIII qui portent exclusivement sur cette drogue. Ainsi, l'annexe II définit le cannabis comme étant la marijuana, la résine de cannabis (haschisch), le cannabinoïde, etc. L'annexe VII établissait à 3 kilogrammes de cannabis ou haschisch la quantité maximale qui permettait l'imposition d'une peine moins sévère pour trafic ou possession en vue de trafic de cette substance. Enfin, l'annexe VIII précisait qu'une personne qui avait en sa possession pour des fins personnelles moins d'un gramme de haschisch ou moins de 30 grammes de cannabis était passible de sanctions criminelles moins sévères que celle prévues pour l'annexe II.

Ainsi, si une personne est reconnue coupable de simple possession, de possession en vue de trafic ou de trafic d'une quantité supérieure à celle définie aux annexes VII et VIII, les peines plus sévères prévues par la Partie I pour les drogues inscrites aux annexes I ou II s'appliquent. Dans le cas contraire, la LRDS définit des nouvelles sanctions pénales. Ainsi pour ce qui est de l'annexe VIII, l'article 4 de la LRDS prévoit qu'une personne accusée de simple possession de cannabis ne peut être poursuivie que par procédure sommaire et prévoit une peine d'emprisonnement maximale de six mois, une amende maximale de 1000 \$ ou l'une de ces deux peines. Contrairement à ce qu'avait recommandé l'opinion majoritaire dans le rapport spécial de 1972 de la Commission Le Dain relativement à la réduction de la peine imposée aux infractions d'importation et d'exportation de cannabis, l'emprisonnement à perpétuité continue de s'y appliquer. Enfin, la peine d'emprisonnement maximale de sept ans prévue par la *Loi sur les stupéfiants* pour l'infraction de culture (production) de cette drogue demeure inchangée avec la LRDS.

CONCLUSIONS

Conclusions du chapitre 12

- Les premières législations sur les drogues étaient largement fondées sur une panique morale, des sentiments racistes et une absence notoire de débats.
- Les législations sur les drogues ont souvent prévu des dispositions particulièrement sévères, telles le renversement du fardeau de la preuve et des sentences cruelles et inusitées.
- Les travaux de la Commission Le Dain ont jeté les bases d'une approche plus rationnelle de la politique

sur les drogues illicites en tentant de s'appuyer sur des données issues de la recherche.

- Les travaux de la Commission Le Dain n'ont eu aucune suite législative, sauf en 1996 dans certaines dispositions de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, notamment en matière de cannabis.
- Les propositions de réforme lancées au cours des années 1970, notamment pour la décriminalisation du cannabis, n'ont eu aucune suite.
- Trente ans après la Commission Le Dain, les dispositions législatives et leur application n'ont eu aucun effet notable sur l'offre et la demande de cannabis.
- La Loi actuelle ne tient pas compte des données issues de la recherche sur les effets comparés de diverses substances, notamment sur les effets du cannabis.

CHAPITRE 13

RÉGLEMENTER L'UTILISATION DU CANNABIS

À DES FINS THÉRAPEUTIQUES

Nous avons vu au chapitre 9 que le cannabis a été utilisé à des fins thérapeutiques dans diverses sociétés depuis plusieurs milliers d'années, souvent pour les mêmes conditions physiques que celles pour lesquelles des personnes en font usage aujourd'hui. Mais à compter du début du XXe siècle, la communauté médicale a graduellement cessé de prescrire du cannabis. Divers facteurs peuvent expliquer cette évolution. Les développements de l'industrie pharmaceutique au cours du XIXe siècle ont fourni à la communauté médicale d'autres médicaments, plus stables et éprouvés cliniquement. L'approche de la médecine elle-même a changé et conséquemment la conception même de la santé. Et les drogues issues de plantes source, d'abord l'opium puis la coca et le cannabis ont fait l'objet d'un interdit par la communauté internationale, sauf à des fins médicales et scientifiques. Or, dans le cas du cannabis, il n'y avait pas eu, jusqu'à tout récemment, d'études permettant d'établir ses propriétés médicales selon les règles méthodologiques admises.

Néanmoins, on a vu un regain d'intérêt pour le cannabis thérapeutique à partir des années 1970, dans les suites notamment de la redécouverte sociale du cannabis au cours des années 1960 et des travaux qui ont permis d'isoler les composants actifs de la plante. De plus, en raison du nombre élevé d'allégations touchant les bienfaits thérapeutiques du produit, un nombre croissant de personnes ont demandé l'adoption d'une approche moins restrictive afin de permettre la vente du cannabis aux personnes qui pourraient tirer profit de cette utilisation.

Au Canada, aucun essai clinique démontrant sa sécurité et son efficacité n'ayant été fait, le cannabis ne peut pas être vendu comme produit médical.¹ Malgré cette interdiction, plusieurs consomment du cannabis à des fins thérapeutiques sans autorisation légale et divers organismes se sont établis qui à la fois distribuent du cannabis à des fins thérapeutiques et agissent comme groupe de pression au nom de ces patients.

¹ La vente de deux drogues commercialisées qui sont associées au cannabis a été autorisée au Canada : le Marinol, qui comprend du T.H.C. synthétisé par voie chimique, et le Cesamet, un cannabinoïde synthétique. Les deux peuvent être prescrits par les médecins.

Ce chapitre rappelle les événements qui ont mené à l'adoption récente de la *Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* qui vise à offrir un cadre d'accès humanitaire à la marijuana pour les Canadiens gravement malades, tout en poursuivant les recherches sur son utilisation à des fins thérapeutiques. Nous décrivons ensuite les dispositions de cette réglementation qui est entrée en vigueur le 30 juillet 2001. La dernière section examine sa mise en œuvre et s'interroge sur les limites intrinsèques à cette approche.

CADRE ENTOURANT LA RÉCENTE RÉGLEMENTATION

Article 56 – Loi réglementant certaines drogues et autres substances

La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*² interdit une série d'activités associées aux drogues psychoactives, dont la possession, la culture, le trafic, la possession à des fins de trafic, l'importation et l'exportation. Ces activités sont illégales, sauf si elles sont autorisées par les règlements de la Loi. Par exemple, les *Règlements sur les stupéfiants* régissent la distribution légale des stupéfiants.³ De plus, avant de mettre en marché un médicament au Canada, la *Loi sur les aliments et drogues*⁴ et ses règlements doivent en autoriser la vente. Les règlements de la Loi établissent, entre autres, les contrôles de la sécurité, de l'efficacité et de la qualité des produits thérapeutiques. Pour mettre en marché le cannabis sous la forme d'un médicament au Canada, le promoteur doit soumettre une «Présentation de drogue nouvelle» au Programme des produits thérapeutiques de Santé Canada. Les données fournies sont évaluées pour déterminer les bienfaits et les risques éventuels associés au médicament avant que sa vente soit autorisée.

D'autres mécanismes autorisent certaines activités habituellement interdites. Conformément à l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, le ministre de la Santé peut faire des exceptions si, selon lui, cette exception est nécessaire à des fins médicales ou scientifiques ou si elle est dans l'intérêt public. Dans ces circonstances précises, toute personne ou catégorie de personnes peut donc être exemptée de la mise en application d'une ou des dispositions de la Loi. Les activités comprennent la culture et la possession de marijuana, activités habituellement interdites par la Loi.

En réponse à la demande croissante pour permettre l'utilisation du cannabis à des fins thérapeutiques et pour éviter des contestations fondées sur la Charte relativement à l'usage thérapeutique, Santé Canada a publié un Document d'orientation provisoire en mai 1999. Ce document explique les étapes que les Canadiens doivent suivre pour faire

² C.S. 1996, chapitre 19.

³ Ces drogues apparaissent dans l'Annexe et comprennent l'opium, la codéine, la morphine, l'héroïne, la cocaïne et le cannabis.

⁴ S.R.C. 1985, chapitre F-27.

une demande d'exemption relativement à la possession et à la culture de la marijuana à des fins thérapeutiques, selon l'autorisation fournie dans l'article 56 de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances. Les candidats doivent prouver que l'exemption est nécessaire à ces fins et doivent obtenir une note d'un médecin appuyant cette demande et comprenant les détails sur les antécédents médicaux et la pharmacothérapie du patient. Santé Canada revoit les demandes cas par cas, en tenant compte des besoins médicaux du patient. Les premières exemptions ont été accordées en juin 1999. Au 3 mai 2002, 658 exemptions avaient été autorisées, conformément à l'article 56 ; 501 d'entre elles sont toujours en vigueur. En ce qui concerne les autres 157 patients, certains ont l'autorisation de posséder du cannabis, conformément à la récente *Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales*, tandis que d'autres n'ont peut-être plus besoin de consommer de la marijuana à des fins thérapeutiques. Pour se conformer au processus, les patients devaient limiter leur culture à la quantité indiquée dans leur lettre de dispense.⁵

Suite à son engagement de tenir une consultation publique sur le programme d'exemption de l'article 56, Santé Canada a organisé un atelier de consultations multilatérales en février 2000. Les participants⁶ ont identifié les points prioritaires suivants :

- Obtenir une source de marijuana légale pour les personnes exemptées à l'article 56 ;
- Attribuer des exemptions pour les personnes soignantes ;
- Aborder le besoin de fournir de plus amples renseignements sur l'utilisation de la marijuana à des fins médicales ;
- Calmer les préoccupations des autorités policières ;
- Améliorer le processus et les outils associés aux demandes se conformant à l'article 56 ; et
- Diffuser des renseignements sur le processus prévu par l'article 56 et les activités de Santé Canada sur l'utilisation de la marijuana à des fins médicales⁷.

Les renseignements recueillis lors de ces consultations ont été utilisés pour élaborer la *Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales*.

⁵ En juin 1999, Santé Canada a publié un rapport annonçant le lancement d'un plan de recherche sur l'utilisation de la marijuana à des fins thérapeutiques, et a indiqué que des mesures seront prises pour établir une source nationale de marijuana propre à la recherche. Nous discuterons de ces initiatives, de façon plus détaillée, dans des sections ultérieures du présent chapitre.

⁶ Les participants sont des représentants des autorités policières, des médecins pratiquants, des chercheurs cliniques, de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie, de Santé Canada et d'autres représentants dont l'affiliation est inconnue.

⁷ Résumé de l'étude d'impact de la réglementation accompagnant la *Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales*, page 17.

Contestations fondées sur la Charte – utilisation de la marijuana à des fins thérapeutiques⁸

Les tribunaux canadiens ont joué un rôle important pour obliger le gouvernement à réviser le processus d'exemption puisque diverses contestations de l'interdiction entourant l'usage de la marijuana à des fins thérapeutiques ont été couronnées de succès en vertu des libertés fondamentales inscrites dans la Charte.

Dans *Wakeford c. Canada* (1998),⁹ une personne atteinte du SIDA qui consommait de la marijuana pour combattre ses nausées et sa perte d'appétit, effets secondaires des médicaments qu'elle prenait contre le SIDA, a demandé une exemption constitutionnelle à l'interdiction entourant la marijuana dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. La Cour de l'Ontario (Division générale) a indiqué qu'en refusant à une personne de choisir elle-même le traitement de sa maladie, la loi brimait ses droits à la liberté et à la sécurité, tel que prévus par la Charte. La Cour a soutenu que l'interdiction de la marijuana n'était pas arbitraire, en autant que les risques de méfaits associés à la consommation pouvaient être établis.¹⁰ En ce sens, dans son application générale, la Cour a trouvé que la loi respectait les principes de la justice fondamentale, tels qu'établis à l'article 7 de la Charte. Par contre, l'impact de la loi sur les consommateurs du cannabis à des fins médicales a soulevé d'autres questions et dans ce contexte, la Cour considérait que l'interdiction générale était trop vaste et que cette décision de l'état ne se justifiait pas aux motifs de la prohibition.

La Cour a déclaré qu'il serait contraire aux principes de justice fondamentale d'interdire la marijuana lorsqu'elle peut être un traitement médical significatif dans les cas de maladies débilitantes et mortelles et si aucun processus procédural ne permet d'obtenir une exemption aux poursuites.¹¹ Toutefois, la Cour a observé qu'un tel processus existe dans l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. En conséquence, la Cour a jugé que la Loi respectait les principes de justice fondamentale – même dans le cas des consommateurs à des fins médicales et elle a donc refusé de fournir une exemption constitutionnelle à M. Wakeford. Elle a mentionné que, sans un processus d'exemption ministérielle destiné aux consommateurs à des fins médicales, sa décision aurait été différente.¹² Plus tard, en raison de nouvelles preuves démontrant qu'aucun processus réel n'avait été établi pour traiter les demandes d'exemption en vertu de l'article 56 de la Loi, M. Wakeford a reçu une exemption constitutionnelle provisoire pour la possession et la production/culture de la marijuana. Jugeant l'exemption statutaire «illusoire», la Cour s'est penchée à nouveau sur le dossier et a accordé une exemption, qui devait demeurer en vigueur

⁸ Cette section se fonde principalement sur la présentation « *La prohibition des drogues et la constitution* » au Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites par David Goetz, Division du droit et du gouvernement, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, 1^{er} mars 2001.

⁹ [1998] O.J. No. 3522 (Division générale - Ontario).

¹⁰ *Ibid.*, aux parag. 49-50.

¹¹ *Ibid.*, au parag. 54.

¹² *Ibid.*, au parag. 66.

jusqu'à ce que le ministre de la Santé prenne une décision quant à la demande de M. Wakeford, conformément à l'article 56 de la Loi.¹³

Dans l'arrêt *R. c. Parker* (2000),¹⁴ la Cour d'appel de l'Ontario est arrivée à une conclusion similaire relativement à l'impact de l'interdiction générale de la consommation de marijuana sur la « liberté et la sécurité » des consommateurs à des fins médicales. Dans ce cas, le patient – accusé de culture et de possession de marijuana – cultivait et consommait de la marijuana pour contrôler ses crises d'épilepsie. La Cour a décidé que la prohibition, au sens de la loi pénale, de la marijuana, *vis-à-vis* les consommateurs de bonne foi à des fins médicales, brimait leur droit à la liberté, conformément à l'article 7, en raison de la possibilité qu'ils soient emprisonnés. De plus, en empêchant les personnes de pouvoir choisir la marijuana comme médicament pour soulager les symptômes d'une maladie grave, l'interdiction brimait aussi les droits à la liberté et à la sécurité, sans égard à la possibilité qu'elles soient emprisonnées. Dans *Parker*, la Cour a aussi décidé que la prohibition générale de la possession de marijuana ne respectait pas les principes de justice fondamentale. La Cour d'appel s'est référée à la décision du juge de première instance en ce qui a trait aux troubles médicaux et aux symptômes sur lesquels le cannabis a un effet thérapeutique :

[Traduction] « En se fondant sur les preuves avancées lors du procès, le juge de première instance a décidé que la partie défenderesse a pu prouver que le fait de fumer de la marijuana a un effet thérapeutique sur les nausées et les vomissements, surtout pour le traitement des cas associés à la chimiothérapie, à la tension intra-oculaire provoquée par le glaucome, à la spasticité des muscles provoquée par des lésions à la moelle épinière ou la sclérose en plaques, aux migraines, aux crises d'épilepsie et aux douleurs chroniques. »¹⁵

Nous notons en particulier que la Cour, dans *Parker*, est arrivée à la conclusion que le régime d'exceptions et exemptions prévu à la loi pour autoriser la consommation à des fins médicales était contraire aux principes de justice fondamentale. Premièrement, même si la loi, en théorie, mentionne qu'une personne pourrait obtenir de la marijuana sur ordonnance de médecin, les preuves présentées dans cette cause démontraient que : aucun pharmacien ne pouvait remettre un tel médicament ; le gouvernement n'approuverait aucun médecin qui prescrit de la marijuana ; et il était pratiquement impossible de trouver une source d'approvisionnement légale au Canada.¹⁶ C'est pourquoi la Cour a indiqué que cette exception à la loi est illusoire.¹⁷

Deuxièmement, en ce qui a trait aux exemptions ministérielles prévues par l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, la Cour a conclu que cette procédure était inadéquate et ne respectait pas les principes de justice

¹³ [1999] O.J. No. 1574, aux parag. 11, 31 et 32.

¹⁴ 49 O.R. (3^e) 481.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Ibid.*, au parag. 155.

¹⁷ *Ibid.*, au parag. 163.

fondamentale. La Cour a décidé que l'article 56 accordant les pleins pouvoirs au ministre de la Santé était une base inappropriée pour garantir la sécurité individuelle ou la liberté des personnes dans le contexte de l'accès à un traitement médical pour soulager les symptômes de maladies graves.¹⁸ Les principaux points litigieux relatifs au processus d'exemption prévu par l'article 56 concernaient les pouvoirs du ministre prévus par la Loi, la transparence du processus, et une définition claire de la nécessité médicale.

La Cour est arrivée à la conclusion que l'interdiction générale de posséder de la marijuana était contraire à l'article 7 de la Charte et ne constituait pas une limite raisonnable et justifiable en vertu de l'article 1 de la Charte.¹⁹ La Cour a donc déclaré l'interdiction de posséder de la marijuana inconstitutionnelle et sans force exécutoire. Par contre, la Cour a suspendu la déclaration d'invalidité pendant un an, afin que le Parlement puisse modifier la loi de façon à inclure des exemptions adéquates pour la consommation à des fins médicales. D'ici là, M. Parker détiendrait une exemption personnelle à l'interdiction de posséder de la marijuana. Dans l'arrêt *Parker*, la Cour a suggéré que sa décision relative au fait que l'interdiction de posséder de la marijuana violait l'article 7 de la Charte s'appliquerait probablement aussi à l'interdiction de cultiver.²⁰

Réaction du gouvernement

En septembre 2000, alors qu'il songeait toujours à faire appel de la décision, le gouvernement a annoncé qu'il prévoyait adopter une nouvelle réglementation qui préciserait les circonstances permettant la consommation de marijuana à des fins thérapeutiques et les procédures d'autorisation.²¹ Une *déclaration d'intention* a été publiée le 6 janvier 2001. Des réunions ont eu lieu avec des parties intervenantes clés identifiées par Santé Canada.²²

En avril 2001, le gouvernement a annoncé les règlements proposés régissant la possession et la production de marijuana à des fins thérapeutiques. Ces règlements devaient répondre aux problèmes clés soulevés par la Cour d'appel de l'Ontario, relativement au processus d'exemption prévu par l'article 56. Ils comprennent deux composantes principales : 1) les autorisations permettant de posséder de la marijuana, et 2) les licences permettant de produire de la marijuana.

¹⁸ *Ibid.*, aux parag. 184-185 et 188.

¹⁹ *Ibid.*, aux parag. 191-194.

²⁰ *Ibid.*, au parag. 190.

²¹ Santé Canada, communiqué de presse, «Le ministre Rock fait part de l'intention de mettre au point sous peu une nouvelle approche dans la réglementation de la consommation de marijuana à des fins médicales», 14 septembre 2000.

²² Les intervenants clés comprennent des représentants de l'Association médicale canadienne, de l'Association des pharmaciens du Canada, de la Société canadienne du sida, de la GRC, du ministère du Solliciteur général, du ministère de la Justice, de Service correctionnel du Canada et de l'Association canadienne des chefs de police.

Suite à la période de consultation de 30 jours, période durant laquelle Santé Canada a reçu des commentaires de 139 personnes et groupes, les changements suivants ont été apportés aux règlements proposés : le processus d'application serait géré par le requérant individuel plutôt que par le médecin ; les restrictions touchant les terres de production seraient moins sévères et ne comprendraient plus la limite de un kilomètre pour la culture à l'extérieur près des écoles et d'autres endroits fréquentés par des enfants ; la formule servant à calculer le nombre de plants permis par la licence de production serait rajustée pour refléter les récoltes à l'intérieur et à l'extérieur, ainsi que les marges d'erreur ; et des dispositions transitoires seraient comprises et toucheraient toutes les exemptions courantes dans un délai de six mois, pour que tous les patients puissent avoir l'occasion de se conformer aux nouveaux règlements.²³

Le 4 juillet 2001, le gouvernement a annoncé que les règlements régissant la possession et la production de marijuana à des fins thérapeutiques entreraient en vigueur le 30 juillet 2001.

RÉGLEMENTATION SUR L'ACCÈS À LA MARIJUANA À DES FINS MÉDICALES

La *Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* comprend deux composantes principales : les autorisations permettant de posséder de la marijuana et les licences permettant de produire de la marijuana. Cette réglementation, a pour objectif d'offrir un cadre humanitaire pour l'accès à la marijuana à des fins médicales.

« La réglementation établit un cadre humanitaire qui permet aux personnes atteintes de maladies graves de consommer de la marijuana, lorsque les traitements conventionnels s'avèrent inappropriés ou n'offrent pas de soulagement adéquat aux symptômes associés à leur condition médicale ou à leur traitement, et lorsque la consommation de marijuana peut avoir un effet thérapeutique plus important que les risques qui y sont associés. »²⁴

Comme nous le verrons plus en détail, la réglementation ne prévoit l'accès à la marijuana que dans des circonstances spéciales, c'est-à-dire pour les conditions médicales graves pour lesquelles les traitements conventionnels ne soulagent pas adéquatement les symptômes. Selon Santé Canada, cette situation est attribuable «aux risques pour la santé associés au fait de fumer, en particulier, ce produit, et au manque de preuves appuyant les bienfaits prétendus ».²⁵

²³ Santé Canada, Information, *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales – modifications découlant des consultations publiques*, juillet 2001.

²⁴ Santé Canada, Information, *Accès à la marijuana à des fins médicales – fonctionnement de la réglementation*, juillet 2001.

²⁵ Résumé de l'étude d'impact de la réglementation accompagnant la *Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales*, page 8.

Notons aussi que l'application de la réglementation est limitée au « cannabis (marijuana) », tel qu'apparaissant dans le sous-article 1(2) de l'Annexe II de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* ; autrement dit, la réglementation ne s'applique pas aux dérivés du cannabis (le haschich par exemple).

Autorisation de posséder

Trois catégories distinctes d'autorisations de posséder de la marijuana séchée ont été créées, chacune comportant ses propres conditions de demande. Dans chaque cas, la demande doit être faite par le patient. La déclaration doit comprendre des renseignements identifiant le demandeur et indiquant si :

- ❖ Le demandeur sait qu'aucun avis de conformité n'a été soumis, conformément à la *Loi sur les aliments et drogues*, relativement à la sécurité et à l'efficacité de la marijuana en tant que médicament, et s'il comprend la signification de ce fait ; et
- ❖ Le demandeur a discuté des risques associés à la consommation de la marijuana avec un médecin et il accepte de la consommer aux fins médicales recommandées.

Catégorie 1

- ❖ Admissibilité : Cette catégorie touche les demandeurs souffrant de symptômes associés à une maladie et **dont on prévoit la mort dans un délai de douze mois**.
- ❖ Conditions : Un **médecin** doit fournir une déclaration médicale qui indique :
 - La condition médicale du patient et les symptômes associés à cette condition ou à son traitement ;
 - Que le patient est atteint d'une maladie en phase terminale ;
 - Que le patient a essayé ou envisagé tous les traitements conventionnels pour les symptômes présents ;
 - Que la consommation recommandée de marijuana atténuerait les symptômes ;
 - Que les avantages de la consommation recommandée de marijuana excéderaient les risques associés à cette consommation ;
 - Que le médecin sait qu'aucun avis de conformité n'a été soumis, conformément à la *Loi sur les aliments et drogues*, relativement à la sécurité et à l'efficacité de la marijuana en tant que médicament ; et
 - La dose quotidienne recommandée et la durée du traitement.

Catégorie 2

- ❖ **Admissibilité** : Cette catégorie vise les demandeurs qui souffrent de symptômes particuliers associés à certains troubles médicaux graves, notamment :
 - **Sclérose en plaques** : douleur grave et/ou spasmes musculaires persistants ;
 - **Lésion de la moelle épinière** : douleur grave et/ou spasmes musculaires persistants ;
 - **Maladie de la moelle épinière** : douleur grave et/ou spasmes musculaires persistants ;
 - **Cancer** : douleur grave, cachexie, anorexie, perte de poids et/ou nausées ;
 - **Sida/infection au VIH** : douleur grave, cachexie, anorexie, perte de poids et/ou nausées ;
 - **Formes graves d'arthrite** : douleur intense ; et
 - **Épilepsie** : crises d'épilepsie.²⁶

	Douleur aiguë	Spasmes musculaires persistants	Cachexie	Anorexie	Perte de poids	Nausée violente	Convul- sions
Sclérose en plaques							
Lésion de la moelle épinière							
Maladie de la moelle épinière							
Cancer							
SIDA, infection au VIH							
Forme grave d'arthrite							
Épilepsie							

Source : Demande d'autorisation de possession de marijuana séchée, Catégorie 2 – Formulaire du médecin spécialiste.

- ❖ **Conditions** : Les demandeurs doivent fournir une déclaration d'un **médecin spécialiste** pour étoffer leur demande. La déclaration doit confirmer :
 - La condition médicale du patient et les symptômes associés à cette condition ou à son traitement ;

²⁶ Ces symptômes apparaissent dans une annexe de la Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales et ont été choisis en se fondant sur les résultats ou les conclusions de rapports scientifiques et médicaux, même si les crises associées à l'épilepsie ont été ajoutées suite à la décision dans la cause *Parker*. Cette liste doit être revue régulièrement et devra être modifiée dès que de nouveaux renseignements sont rendus publics.

- Que le médecin spécialiste œuvre dans un domaine de la médecine connexe au traitement de la condition médicale du patient ;
- Que le patient a essayé ou envisagé tous les traitements conventionnels pour les symptômes présents et que ces traitements se sont avérés inappropriés médicalement, conformément aux raisons indiquées dans la réglementation ;
- Que la consommation recommandée de marijuana atténuerait les symptômes ;
- Que les bienfaits de la consommation recommandée de marijuana excéderaient les risques associés à cette consommation, y compris les risques associés à la consommation à long terme de la marijuana ;
- Que le médecin spécialiste sait qu'aucun avis de conformité n'a été soumis, conformément à la *Loi sur les aliments et drogues*, relativement à la sécurité et à l'efficacité de la marijuana en tant que médicament ; et
- La dose quotidienne recommandée et la durée du traitement.

Catégorie 3

- ❖ Admissibilité : Cette catégorie vise les demandeurs qui présentent des symptômes **autres que ceux décrits dans les catégories 1 et 2**.
- ❖ Conditions : Des déclarations de **deux médecins spécialistes** doivent accompagner la demande. La première déclaration doit indiquer : tous les points apparaissant dans la Catégorie 2 ; tous les traitements conventionnels pour les symptômes qui ont été essayés ou envisagés ; et les raisons, parmi celles indiquées dans la réglementation, pour lesquelles le spécialiste juge que ces traitements sont inappropriés médicalement.

SYMPTÔME(S)	TRAITEMENTS	RAISONS – Pour chaque traitement conventionnel indique dans la colonne des « Traitements », veuillez indiquer les raisons pour lesquelles vous considérez que le traitement est médicalement inapproprié. (MARQUER LA BOÎTE APPROPRIÉE CI-DESSOUS)							
Dans cette colonne, veuillez donner la liste des (s) symptôme(s) associés à l'état pathologique ou à son traitement et sur lesquels la demande d'autorisation est fondée.	Dans cette colonne, pour chaque symptôme, veuillez donner la liste des traitements conventionnels qui ont été administrés ou envisagés.	Le traitement s'est révélé inefficace.	Il y a eu une réaction allergique à la drogue administrée comme traitement.	Il existe, pour lui, un risque de sensibilisation croisée à une drogue de même type.	Le demandeur a eu une réaction indésirable à la drogue administrée comme traitement.	Il existe, pour lui, un risque de réaction indésirable à la drogue du fait de réactions antérieures similaires observées chez lui lors de l'administration d'une drogue de même type.	La drogue administrée comme traitement a provoqué, chez le demandeur, une interaction médicamenteuse néfaste ou il existe, pour lui, un risque d'une telle interaction.	La drogue administrée comme traitement est contre-indiquée.	La drogue envisagée comme traitement possède une structure chimique et une activité pharmacologique similaires à celles d'une autre drogue qui s'est révélée inefficace pour le demandeur.

Source : Demande d'autorisation de possession de marijuana séchée, Catégorie 3 – Formulaire du premier médecin spécialiste

- ❖ La deuxième déclaration doit mentionner, entre autre : que le spécialiste a revu le dossier médical du patient et les raisons expliquant pourquoi les traitements conventionnels sont considérés comme étant inappropriés médicalement ; que le spécialiste a discuté du dossier du patient avec le premier spécialiste et croit que la consommation recommandée de la marijuana atténuerait les symptômes, et que les bienfaits de la consommation recommandée de marijuana excéderaient les risques associés à cette consommation, y compris les risques associés à la consommation à long terme de la marijuana ; et que le second spécialiste sait qu'aucun avis de conformité n'a été soumis, conformément à la *Loi sur les aliments et drogues*, relativement à la sécurité et à l'efficacité de la marijuana en tant que médicament.

Posologie

Le médecin ou le spécialiste décide de la dose quotidienne. Si la dose quotidienne recommandée dépasse 5 grammes par jour, le médecin ou le spécialiste doit indiquer s'il a tenu compte des risques associés à une dose quotidienne élevée de marijuana, y compris les effets sur les systèmes cardiovasculaire, pulmonaire et immunitaire, sur la performance psychomotrice du patient, ainsi que la dépendance possible à la drogue ; et que, selon son opinion médicale, les avantages qu'offre la consommation de marijuana, selon la dose quotidienne recommandée, excéderaient les risques associés à cette dose, y compris les risques associés à la consommation à long terme de la marijuana.

Quantité maximale qu'on peut posséder

L'autorisation de posséder précise qu'on peut posséder, en tout temps, une quantité équivalant à un traitement de 30 jours. Tel qu'expliqué ci-dessus, le médecin ou le spécialiste fixe une dose quotidienne utilisée pour déterminer la quantité du traitement de 30 jours.

Durée

En général, les autorisations de posséder sont valables durant un an et peuvent être renouvelées.

Licences de production

Présentement, il existe deux sources d'approvisionnement légal pour les détenteurs d'une autorisation de posséder : ils peuvent produire leur propre culture ou demander à quelqu'un de le faire pour eux. Santé Canada a indiqué que, dans un avenir rapproché, ils pourront s'approvisionner auprès d'un fournisseur autorisé.

Seuls les détenteurs d'une autorisation de posséder (licence de production de marijuana par le demandeur) ou les personnes qui les représentent (licence de production de marijuana par une personne désignée) peuvent obtenir une licence de

production. Les personnes désignées ne peuvent pas être rémunérées pour leurs activités.

Les conditions qu'il faut respecter pour obtenir une licence de production sont :

- ❖ Une personne ne peut pas détenir plus d'une licence de production ;
- ❖ Un emplacement peut être utilisé pour la production de marijuana, pour un maximum de trois licences différentes ;
- ❖ Le titulaire d'une licence de production doit adopter des mesures nécessaires pour assurer la sécurité du produit ;
- ❖ La production de marijuana à l'extérieur est interdite si le site de production est situé à côté d'une école, d'un terrain de jeux public, d'une garderie ou d'un autre endroit public fréquenté principalement par des mineurs ; et
- ❖ Une personne ne peut pas obtenir de licence de production par une personne désignée si elle a été trouvée coupable d'une infraction désignée en matière de drogues au cours des 10 années précédentes.

La licence précise le nombre maximal de plants qui peuvent être cultivés. La licence indique aussi la quantité maximale de marijuana séchée qu'on peut stocker et, dans le cas d'une personne désignée, qu'on peut transporter. La quantité maximale de marijuana qu'on peut cultiver et stocker, en tout temps, varie selon la dose quotidienne prescrite par le médecin ou le spécialiste, et selon le fait que les plants sont produits à l'intérieur ou à l'extérieur. La réglementation porte aussi sur les pouvoirs d'inspection et les exigences relatives à la tenue de registres.

Autres dispositions

D'autres dispositions traitent de sujets tels : les mesures pour assurer la sécurité de la marijuana que possède la personne autorisée ; la révocation des licences ; la présentation de documents aux policiers ; la présentation de plaintes reçues par les inspecteurs aux autorités policières ; et la diffusion de renseignements sur un médecin aux services provinciaux chargés d'accorder des licences aux médecins. Une disposition transitoire prolonge les exemptions à l'article 56 de six mois après la date d'expiration.

Santé Canada a établi un processus de révision permanent pour surveiller l'efficacité et l'application de la réglementation, et émettre des avis sur les mesures futures relatives à la fabrication, à la distribution et à la vente de la marijuana à des fins médicales. Ce processus prévoit une série d'activités permettant de recueillir des renseignements et d'obtenir des commentaires sur divers aspects de la réglementation. Un comité de 15 membres composé de divers groupes intéressés par la question est en création ; sa première réunion est prévue pour octobre 2002.

ACCÈS HUMANITAIRE?

La Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales se veut un cadre d'accès humanitaire à la marijuana reposant sur le principe qu'on « ne doit pas restreindre, de façon inutile, la disponibilité de la marijuana pour les patients qui pourraient tirer profit de ses bienfaits ».²⁷

Mais le processus autorisant la possession et la production de marijuana à des fins médicales ne garantit pas que le cannabis est effectivement rendu disponible aux personnes qui en ont besoin. En fait, notre examen de la réglementation et des preuves qui nous ont été remises nous a convaincus que la réglementation représente un obstacle à l'accès. Plutôt que d'être un cadre humanitaire, la réglementation restreint de façon inutile la disponibilité du cannabis pour ceux qui pourraient en retirer des bienfaits.

L'énoncé de l'analyse d'impacts accompagnant la réglementation, disait notamment ceci :

« En raison de l'augmentation de la visibilité et de l'efficacité prévues du nouveau cadre réglementaire et de la sensibilisation accrue envers la consommation éventuelle ou les bienfaits médicaux de la marijuana, on peut, de façon raisonnable, s'attendre à ce que le nombre de demandes augmente de façon importante. » (Nous soulignons.)

Comme nous l'avons mentionné plus haut, 658 exemptions avaient été accordées en vertu de l'article 56 et 501 exemptions étaient toujours en vigueur. Le 3 mai 2002, Santé Canada nous a informé que 498 demandes avaient été reçues en vertu de la Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales, et 255 autorisations accordées. De plus, 164 licences de production individuelles et 11 licences de production par une personne désignée avaient été octroyées. Les autres dossiers étaient toujours incomplets, exigeant de plus amples renseignements, ou attendant d'être évalués.²⁸

Autrement dit, presque un an après l'entrée en vigueur de la réglementation, seulement 255 personnes avaient reçu une autorisation de posséder de la marijuana à des fins thérapeutiques sur les 498 demandes reçues. Ce nombre est beaucoup moins élevé que le nombre d'exemptions accordées conformément à l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Même si, conformément à l'article 56, 501 exemptions sont toujours en vigueur, il est clair que le nombre de demandeurs en vertu de la réglementation n'a pas augmenté de façon importante, tel qu'il avait été raisonnablement prévu. En fait, nous doutons de l'efficacité du nouveau cadre

²⁷ Résumé de l'étude d'impact de la réglementation accompagnant la *Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales*, page 13.

²⁸ Gillian Lynch, directrice générale, Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, Santé Canada, Délibérations du Comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 2001-2002, numéro 22, page 32.

réglementaire. À lui seul, le petit nombre de demandes soulève de nombreuses questions chez tous ceux qui désirent sincèrement offrir un accès humanitaire au cannabis à des fins thérapeutiques. Les sections suivantes discutent de certaines questions précises auxquelles il faudra répondre si on veut rendre le cadre réglementaire réellement efficace et humanitaire.

Admissibilité

Selon la réglementation actuelle, les demandeurs doivent obtenir une déclaration d'un médecin (ou de un ou deux spécialistes) indiquant que la consommation recommandée de marijuana atténuerait leurs symptômes et que les bienfaits de la consommation recommandée de marijuana excéderaient les risques associés à cette consommation. Le médecin doit aussi déterminer la posologie quotidienne du demandeur et la durée du traitement. Médecin est défini comme toute personne qui peut, selon la loi provinciale, pratiquer la médecine.

Tous les intervenants ont observé que le fait de demander aux médecins de jouer le rôle de «gardiens» de la marijuana à des fins thérapeutiques a créé un obstacle majeur à l'accès et que, comme l'indique Santé Canada, «il y a là la quadrature du cercle». L'Association médicale canadienne et plusieurs autres organismes médicaux professionnels ont refusé d'appuyer le nouveau processus d'application fédéral, en raison de problèmes touchant la sécurité des patients, la posologie et la responsabilité légale des médecins prescrivant du cannabis.

Ces réserves n'auraient pas dû surprendre Santé Canada puisqu'au cours des consultations sur les règlements proposés deux associations médicales et deux services provinciaux d'émission de permis de pratique médicale s'étaient opposés à la consommation de marijuana fumée à des fins médicales, invoquant notamment :

- Le manque de preuves scientifiques justifiant la consommation ;
- Le fait que la marijuana n'est pas un médicament approuvé ;
- Le point de vue selon lequel la consommation de marijuana fumée n'est pas un mode acceptable d'administration d'un médicament ; et
- Le point de vue selon lequel la responsabilité attribuée aux médecins pour la consommation de marijuana à des fins médicales pourrait créer un conflit avec le code d'éthique professionnel, relativement à l'utilisation de traitements non approuvés ou de médecines «douces».²⁹

La position adoptée par l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) reflète bien les positions adoptées par d'autres personnes et organismes de la communauté médicale. L'Association canadienne de protection médicale est une mutuelle de protection des médecins qui compte 60 000 membres soit environ 95 %

²⁹ Résumé de l'étude d'impact de la réglementation accompagnant la *Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales*, page 19.

des médecins en exercice au Canada. Elle a averti ses membres qu'ils pourraient s'exposer à des plaintes touchant leur responsabilité et des fautes professionnelles s'ils prescrivaient de la marijuana sans connaître, de façon détaillée, les risques et les bienfaits de la drogue, ainsi que la posologie appropriée. Un feuillet d'information distribué aux membres soulignait entre autres ce qui suit :

« L'Article 69 du Règlement prévoit qu'une autorité chargée de délivrer les permis d'exercice de la médecine peut demander au ministre fédéral de la Santé des renseignements au sujet d'un médecin et que le ministre peut fournir ces renseignements s'il a des motifs raisonnables de croire que le médecin en question a fait de fausses déclarations en application des dispositions prévues au Règlement. Cet article du Règlement est source d'importantes préoccupations, étant donné que les médecins peuvent, à leur insu, faire de fausses déclarations s'ils sont appelés à attester des faits pouvant dépasser l'étendue de leur expertise. Il y a donc augmentation du risque qu'une plainte soit déposée contre eux auprès de leur collège.

La marijuana n'étant pas un médicament approuvé, certains pourraient croire qu'il s'agit d'une médecine douce. Cela soulève la question importante à savoir si les Collèges obligeraient les médecins qui aident leurs patients à remplir une demande d'autorisation de possession de marijuana à se conformer à leur politique en matière de médecines douces ou parallèles. L'ACPM recommande aux médecins de se renseigner auprès de leur organisme de réglementation professionnelle pour connaître leur position à cet égard.

Compte tenu des conséquences que peuvent subir les médecins qui dérogent à la politique de leur organisme de réglementation professionnelle ou de la possibilité que leur responsabilité médico-légale soit mise en cause, il est recommandé que les médecins fassent preuve de prudence lorsqu'ils déterminent s'il y a lieu d'aider un patient à présenter une demande d'autorisation de possession de marijuana en vertu de ce règlement. »³⁰

L'ACPM a aussi indiqué que les renseignements sur l'efficacité de la marijuana à des fins médicales pour chaque patient, les risques et les bienfaits relatifs de la drogue et la posologie appropriée ne sont pas disponibles. La majorité des médecins ne peuvent donc pas respecter les conditions de la Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales. Selon l'association, la réglementation impose « une responsabilité inacceptable aux médecins membres ». De plus, elle a indiqué que, « puisque plusieurs médecins ne connaissent pas l'efficacité, les risques et les bienfaits de la marijuana, nous croyons qu'il n'est pas raisonnable d'attribuer un rôle de gardien aux médecins ».³¹ L'ACPM a conseillé à ses membres :

« Dans le Feuillet d'information ci-annexé, qui a déjà été distribué à nos membres, nous recommandons aux médecins qui sont saisis d'une demande d'accès à la marijuana à des fins médicales de la part d'un patient de s'abstenir de signer le formulaire de déclaration à l'appui de cette demande s'ils n'ont pas ou

³⁰ Association canadienne de protection médicale, *Ce qu'il faut faire lorsque vos patients présentent une demande d'autorisation de possession de marijuana à des fins médicales*, octobre 2001.

³¹ Association canadienne de protection médicale, lettre à l'Honorable Allan Rock, c.r., 8 novembre 2001.

estiment ne pas avoir les qualifications requises pour effectuer l'évaluation préalable à la déclaration. Nous leur conseillons en outre d'expliquer à leurs patients les raisons pour lesquelles ils ne peuvent émettre cette déclaration et, le cas échéant, d'orienter ces patients vers d'autres médecins ayant plus d'expérience dans la prescription de maribuana à des fins thérapeutiques.

Enfin, puisque certains médecins, par compassion pour un patient, peuvent croire de bonne foi que celui-ci pourrait bénéficier des bienfaits de la maribuana sur le plan médical, nous leur recommandons de remplir uniquement les parties 1 et 2 du formulaire de déclaration et de NE PAS remplir les parties 3, 4 et 5, laissant ainsi à la discrétion de Santé Canada la décision de traiter ou non une demande incomplète. »³²

Il est évident que, dans ces circonstances, les patients auront de la difficulté à trouver un médecin qui acceptera de remplir les formulaires de déclaration nécessaires, et encore plus de difficulté à trouver les spécialistes appropriés. Cette situation crée un obstacle inacceptable à l'accès. Il faut en conclure que les médecins ne doivent pas devenir les gardiens de la Réglementation, une responsabilité qu'ils ne désirent pas prendre. Même Santé Canada reconnaît qu'il existe un problème.

« Sans preuve scientifique, les médecins font face à un dilemme juridique. Dans le cas des autres produits thérapeutiques, les médecins se fient aux renseignements que Santé Canada diffuse ou analyse par l'entremise du processus d'examen des médicaments. Ce sont des renseignements de base sur lesquels les médecins se fondent pour comprendre les produits. Dans ce cas-ci, aucune analyse n'existe. Grâce à la Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales, nous avons éliminé l'élément criminel associé à la possession et à la culture pour vos besoins propres. C'est le cadre réglementaire en place. Nous travaillons avec Prairie Plant Systems, tel que l'a mentionné M^{me} Lynch, pour élaborer une source de marijuana propre à la recherche qui sera offerte lors d'essais cliniques légitimes auprès de patients.

D'ici là, alors que nous commencerons à obtenir les résultats de la recherche et que la communauté médicale déterminera si elle prescrira ce produit dans des circonstances légitimes, il existe un problème. »³³

Nous ne remettons pas en question le fait que le corps médical doive être impliqué dans le processus. Mais il faut déterminer avec précision le rôle du médecin en ce qui a trait à la consommation de cannabis à des fins thérapeutiques. Les médecins sont formés pour diagnostiquer la condition médicale d'un patient et les symptômes qui y sont associés, et pour déterminer le traitement médical de cette condition et des symptômes. Par contre, la majorité des médecins n'ont pas de connaissances suffisantes quant aux bienfaits thérapeutiques du cannabis et hésitent à prescrire ce produit pour différentes raisons, dont son illégalité. Selon nous, et comme

³² *Ibid.*

³³ Dann Nichols, sous-ministre adjoint, Direction générale de la Santé environnementale et sécurité des consommateurs, Santé Canada, Délibérations du Comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 2001-2002, numéro 22, pages 37-38.

nous l'avons expliqué en détail dans le chapitre 9, une distinction s'impose entre un médicament approuvé et une drogue qui peut avoir des effets thérapeutiques – même si ces effets n'ont pas encore été confirmés «scientifiquement». Le chapitre 9 énumère les conditions et les symptômes pour lesquels le cannabis peut avoir un effet thérapeutique. Soyons clairs. Nous ne croyons pas que le cannabis est une drogue miraculeuse qui traitera ou guérira plusieurs conditions médicales et symptômes. Par contre, c'est une drogue qui, on le sait, peut offrir un soulagement efficace de certaines conditions médicales et symptômes, améliorant ainsi la qualité de vie de plusieurs personnes.

Dans ces circonstances, le rôle du médecin est de poser un diagnostic de la condition médicale et des symptômes du patient. Lorsque le diagnostic identifie l'une des conditions médicales pour lesquelles le cannabis *peut* avoir un effet thérapeutique, le patient serait autorisé à consommer le produit thérapeutique de son choix, dont le cannabis. Par voie de conséquence, il faudrait aussi abolir l'exigence selon laquelle tous les autres traitements conventionnels doivent avoir été essayés ou envisagés, pour que la consommation de cannabis soit autorisée. Il n'existe aucune justification expliquant pourquoi le cannabis doit être un traitement de dernier recours.

Par ailleurs, l'exigence selon laquelle un spécialiste doit être impliqué peut clairement entraîner des délais systématiques et longs. Pire encore, les positions des organismes médicaux rendent très difficile l'obtention de déclarations de deux spécialistes. Cette situation crée un autre obstacle injustifié.

*«L'exigence selon laquelle il faut impliquer un médecin spécialiste pour autoriser la possession de cannabis à des fins médicales est injustifiée, infondée, irréaliste et répressive. Elle annule la rapidité de l'accès et impose une charge injustifiée au patient ainsi qu'au système de soins de santé. Plusieurs patients attendent déjà pendant 9 à 12 mois avant de consulter un spécialiste. Cela signifie que les personnes qui attendent d'obtenir l'autorisation de posséder du cannabis à des fins médicales peuvent attendre pendant plus de un an. C'est une attente inhumaine pour ceux qui ont des besoins médicaux urgents. De plus, cela allongera, de façon inutile, les listes d'attente déjà longues des spécialistes. Les personnes qui doivent consulter réellement un spécialiste souffriront inutilement.»*³⁴

Le chapitre 9 identifie les conditions et les symptômes pour lesquels le cannabis pourrait être autorisé. De nouveaux symptômes ou conditions pourront être ajoutés, suite à des recherches continues.

Nous savons que, selon la *Convention unique sur les stupéfiants* de 1961, une ordonnance médicale semble nécessaire pour fournir ou remettre une drogue visée aux annexes de la Convention.³⁵ À ce sujet nous faisons deux observations :

- Les conventions internationales sont assujetties aux dispositions constitutionnelles d'un pays. Or nous avons vu que les tribunaux

³⁴ B.C. Compassion Club Society, *BCCCS Response to Health Canada's Proposed Medical Marijuana Access Regulations*, 4 mai 2001, page 4.

³⁵ *Convention unique sur les stupéfiants*, 1961, Article 30.2.b.i.

canadiens ont décidé que le fait d'empêcher une personne de choisir la marijuana comme médicament pour atténuer les effets d'une maladie grave viole les droits de la *Charte canadienne des droits et libertés*, sauf si un cadre d'exemption statutaire permet une telle consommation. Les tribunaux ont indiqué que, lorsqu'un cadre d'exemption statutaire est «illusoire», une exemption constitutionnelle sera accordée. Les positions adoptées par les organismes médicaux au Canada peuvent rendre le cadre d'exemption de la Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales «illusoire».

- Il convient de s'en tenir à l'esprit plutôt qu'à la lettre de la Convention. Bien que le cannabis ne soit pas un médicament approuvé conformément aux processus traditionnels de recherche clinique, on ne peut pas mettre en doute ses effets thérapeutiques possibles. C'est pourquoi le Gouvernement du Canada devrait informer la communauté internationale qu'il ne respectera pas cette exigence à la lettre et demandera que des modifications appropriées soient apportées aux conventions internationales.

Accès au cannabis

La capacité des patients de cultiver leur propre marijuana ou de trouver une personne acceptant de le faire à leur place a aussi fait l'objet de vives préoccupations. Ce problème est aggravé par la condition voulant qu'une personne ne puisse pas détenir plus d'une licence de production. Les problèmes associés au cadre réglementaires incluent : un manque d'expérience quant à la culture, des produits de qualité et de puissances inconnues, les risques associés à la sécurité lors de la culture de la marijuana; etc.

Il ne fait aucun doute que les patients doivent avoir accès à du cannabis sécuritaire et de qualité élevée. L'option de culture individuelle devrait continuer d'être offerte à ceux qui le désirent. Dans de tels cas, le patient s'inscrirait directement auprès de Santé Canada. Dans les cas où la culture individuelle s'avère inappropriée ou impossible, un accès devrait être autorisé, par l'entremise des **Centres de distribution spécialisés dans le cannabis**. Dotés d'un personnel connaissant les applications thérapeutiques du cannabis, ces centres seraient en mesure d'informer les patients sur la posologie, la souche et la puissance les mieux adaptées à leurs conditions. La mise en place de centres de distribution responsables de l'approvisionnement en cannabis de qualité élevée se justifie d'autant plus que, malgré les annonces faites, le Canada n'a toujours pas réussi à créer une source domestique fiable de marijuana pour la recherche. De plus, nous sommes convaincus que le gouvernement ne doit pas être le seul distributeur de cannabis à des fins thérapeutiques. Présentement, les clubs de compassion jouent un rôle très important auprès de ceux qui ont besoin de cannabis à des fins thérapeutiques. Par exemple, la *B.C. Compassion Club Society* est un organisme enregistré sans but lucratif qui distribue du cannabis à des fins médicales depuis 1997. Il compte 28 employés et dessert environ 1600 membres. Avant d'accepter un membre, le club exige une confirmation du diagnostic et une recommandation du médecin, du naturopathe ou du psychiatre. Si le médecin refuse de signer la recommandation parce qu'il est hésitant face au statut juridique du cannabis, ou éprouve des préoccupations quant aux peines pouvant en découler, le club accepte le patient sans la recommandation du médecin, selon la gravité du cas. Des clubs de compassion semblables existent ailleurs au Canada.³⁶

Le fait d'avoir accès à différentes souches de cannabis ayant divers niveaux de puissance s'avère crucial. Par exemple, le *B.C. Compassion Club Society* stocke, présentement, plusieurs variétés de cannabis.

« Notre stock quotidien comprend, habituellement, de sept à dix variétés de cannabis, une ou deux variétés de haschich, de la teinture de cannabis et des produits de boulangerie. Il est important que les consommateurs de marijuana à des fins médicales aient accès à plusieurs souches, car l'effet du cannabis

³⁶ Par exemple, la Vancouver Island Compassion Society compte présentement 235 membres, et le Club de compassion de Montréal compte 130 membres.

*varie selon la souche utilisée et la méthode d'ingestion. Nous mentionnons les différences à nos membres, qui peuvent choisir la meilleure souche de cannabis pour traiter efficacement leurs symptômes. »*³⁷

Des tests rigoureux pourraient assurer la distribution de produits de qualité élevée. L'importance des tests est l'un des problèmes clés.

*« Pour ce qui est des développements sur lesquels nous travaillons et désirons continuer à travailler, il est absolument crucial d'établir des lignes directrices strictes quant à la moisissure et au mildiou, aux pesticides, aux fongicides, aux métaux lourds et les types d'éléments – qui peuvent être dangereux – qu'on peut trouver dans le cannabis non organique. Même dans le cannabis organique, certains de ces éléments en microbiologie peuvent être dangereux pour les gens, surtout les gens dont le système immunitaire est affaibli. Nous ne pourrions établir ces normes que lorsque la communauté médicale responsable des recherches sur la marijuana aura accès aux laboratoires. Je crois que nous pouvons établir plusieurs types de normes quant à la sécurité et à la propreté associées à la culture et à la distribution. »*³⁸

Malgré que tous s'entendent pour dire que leurs motifs pour distribuer du cannabis à des patients afin d'atténuer leurs souffrances sont louables, la plupart des clubs existants ont eu, et ont encore souvent, des problèmes juridiques. Fonctionnant dans une « zone grise », les personnes œuvrant dans ces clubs peuvent faire face ou font face à des poursuites. Par exemple, Philippe Lucas, le directeur de la *Vancouver Island Compassion Society* (VICS), a été arrêté et accusé de possession à des fins de trafic dans le cadre de son travail à la VICS. M. Lucas a plaidé coupable à l'accusation, mais a récemment reçu une absolution inconditionnelle. Certains commentaires du juge qui a prononcé la sentence sont pertinents à nos discussions. À propos de la question de l'admissibilité, le juge a indiqué :

[Traduction] « On peut juger la présente cause dans un contexte vaste, pour lequel, jusqu'ici, les règlements fédéraux et la position du Collège des médecins ont rendu extrêmement difficile l'obtention d'une autorisation pour consommer de la marijuana. »³⁹

Il a ajouté ce qui suit sur l'accès à la marijuana :

[Traduction] « De plus, le gouvernement fédéral a, jusqu'ici, été incapable d'offrir une source légale de marijuana aux personnes qui, selon Santé Canada, ont besoin du produit à des fins thérapeutiques. La situation est particulièrement complexe pour celles qui ne peuvent pas cultiver le produit.

³⁷ Délibérations du Comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 2001, numéro 10, page 36

³⁸ *Ibid.*, page 44.

³⁹ R. c. Lucas, cour provinciale de la Colombie-Britannique, Victoria, dossier : 113701C, para. 47 (Honorable Juge Higinbotham).

...la Couronne ne peut pas utiliser l'argument selon lequel il existe une option légitime pour ceux qui ont besoin de la drogue, lorsque les preuves montrent bien que la drogue n'est, qu'en théorie, offerte par des sources légales. »⁴⁰

En conclusion, le juge a indiqué :

[Traduction] « J'arrive à la conclusion que, même si M. Lucas a contrevenu à la loi en proposant du cannabis à d'autres personnes, ses actions servaient à améliorer le sort de personnes souffrantes. Sa conduite a amélioré le sort d'autres personnes. Selon l'analyse de la cour, M. Lucas a amélioré la qualité de vie d'autres personnes avec peu ou pas de risques pour la société, même s'il agissait illégalement. Il a prouvé que le gouvernement est incapable d'offrir un approvisionnement en marijuana sécuritaire et de qualité élevée aux personnes qui en ont besoin à des fins médicales. Il a agi ouvertement, en adoptant des mesures de protection raisonnables. Il a montré la sincérité de ses principes en déclarant qu'il poursuivra ses activités. De plus, la situation montre bien que la société doit régler rapidement ce problème épineux, que ce soit au Parlement ou à la Cour suprême du Canada. S'il est de nouveau accusé, il devra faire valoir encore une fois son point de vue et ne sera peut-être pas absous. La cour espère que l'intelligence primera jusqu'à la résolution finale du problème de consommation de marijuana à des fins médicales et non médicales. »⁴¹

À Montréal, deux bénévoles du Club Compassion ont été arrêté 3 mois après le début de leurs activités. Une décision devrait être prise à la fin du mois d'août 2002. Il est par ailleurs encourageant de noter que, Hilary Black, fondatrice et directrice de la *B.C. Compassion Club Society*, a déclaré que les autorités policières ont généralement appuyé le travail de son organisme. Par contre, son expérience révèle les limites et les contradictions de la situation qui prévaut encore actuellement.

« Les policiers qui sont venus au club de compassion m'ont dit à quel point nous faisons du bon travail. Ils ont même, à une occasion, protégé un coffre rempli de cannabis pour nous. Par contre, un policier a déjà tenu une arme pointée sur ma tête parce que je me trouvais dans un site de culture. Pendant que je rencontrais le ministre fédéral de la Santé, Alan Rock, pour lui fournir des recommandations et des renseignements demandés par Santé Canada, la GRC a démantelé une serre qui cultivait du cannabis organique à faible coût pour la Compassion Club Society. Pendant que je discute avec vous, que je partage nos renseignements en tant qu'experts en distribution de cannabis à des fins médicales, mes collègues peuvent être arrêtés, emprisonnés, empêchés de voyager, de travailler et de distribuer du cannabis aux personnes qui en ont besoin. La prohibition ne protège pas les Canadiens contre les dangers du cannabis; la prohibition détruit la vie des Canadiens. »⁴²

Puisque ces organismes fonctionnent présentement dans une « zone grise », nous espérons que les autorités policières utiliseront leurs pouvoirs discrétionnaires de façon libérale et feront preuve d'une réserve raisonnable. Certains commentaires de

⁴⁰ *Ibid.*, para. 47-48.

⁴¹ *Ibid.*, para. 49

⁴² Délibérations du Comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, numéro 10, page 41.

Mme Black nous permettent d'être optimistes à cet égard, mais le climat et les pratiques devront changer dans d'autres régions du pays.

Pour créer un système de distribution à des fins thérapeutiques transparent, ces centres de distribution devraient être autorisés sous licence et réglementés de façon appropriée. L'une des conditions de la licence devrait préciser que ces centres ne distribueront que du cannabis à des fins thérapeutiques aux personnes ayant une condition ou les symptômes énumérés. De plus, les centres de distribution devraient garder des dossiers convenables et produire des rapports périodiques. Ces renseignements permettraient à Santé Canada de tenir un registre des membres des centres de compassion et surtout de constituer ainsi une banque de données précieuses pour la recherche scientifique. Les dossiers devraient donc inclure des informations sur la condition médicale du patient et son évolution, les quantités consommées et les effets observés. Les centres devraient aussi s'assurer que des mesures de sécurité sont en place et seraient soumis à des inspections pour s'assurer qu'ils respectent les règlements.

Nous reconnaissons que ces règlements pourront faire augmenter les coûts d'opération des centres de distribution, mais nous pensons qu'ils sont essentiels pour s'assurer qu'il existe des contrôles appropriés de la consommation de cannabis médicinal à des fins thérapeutiques. Nous insistons fortement pour que les coûts induits par la réglementation soient gardés à un minimum, pour que les prix du cannabis n'en réduisent pas l'accessibilité.

Pour ce qui est de l'obtention des produits, les centres devraient accepter d'être approvisionnés par des producteurs accrédités. Ces producteurs pourront cultiver du cannabis uniquement à des fins thérapeutiques – la séparation entre le système à des fins thérapeutiques et celui à des fins récréatives est cruciale. Les producteurs accrédités seraient réglementés de façon appropriée – surtout pour s'assurer que des mesures de sécurité sont en place – et devraient produire des produits sécuritaires et de qualité élevée.

Produits

Présentement, la Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales n'autorise que la possession de marijuana séchée. Aucun autre produit dérivé du cannabis n'est autorisé. Cette position n'est pas justifiée par la recherche et la pratique actuelle et nous recommandons que le programme soit étendu de façon à autoriser d'autres produits dérivés du cannabis.

Coûts

Plusieurs témoins nous ont dit que les personnes consommant du cannabis à des fins thérapeutiques souffrent de maladies débilantes graves qui ont un impact négatif sur leur situation financière. Nous reconnaissons que l'assurance-médicaments offerte par les régimes d'assurance relève, généralement, des provinces. Néanmoins, nous

pensons que l'achat de marijuana à des fins thérapeutiques et l'achat de l'équipement nécessaire à sa production devraient être considérés, par la *Loi de l'impôt sur le revenu*, comme étant des frais médicaux.

Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales	Propositions du comité
<p>Admissibilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le médecin doit confirmer la condition médicale du patient, les symptômes associés à la condition ou au traitement, que la consommation recommandée de marijuana atténuerait les symptômes et que les bienfaits de la consommation recommandée de marijuana seront plus importants que les risques associés à la consommation. • Le demandeur doit consulter un (catégorie 2) ou deux (catégorie 3) spécialistes pour les symptômes associés à la condition médicale correspondant à la catégorie 2 et à la catégorie 3. • En général, tous les traitements conventionnels ont été essayés ou envisagés. • Trois catégories d'admissibilité. 	<p>Admissibilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le diagnostic d'un médecin ou d'un autre spécialiste médical accrédité par un collège provincial des médecins et des chirurgiens devrait suffire pour autoriser la consommation à des fins thérapeutiques. • Éliminer le besoin de consulter un ou deux spécialistes. • Éliminer la condition exigeant que tous les traitements conventionnels ont été essayés ou envisagés avant de pouvoir consommer du cannabis. • Éliminer les trois catégories et énumérer les conditions médicales ou les symptômes pour lesquels la consommation de cannabis serait autorisée – mettre régulièrement la liste à jour en se fondant sur les recherches pertinentes.
<p>Accès</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients doivent cultiver leur propre approvisionnement ou désigner une personne qui le cultivera à leur place. 	<p>Accès</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients pourraient cultiver du cannabis eux-mêmes ou l'obtenir auprès d'un centre de distribution accrédité qui s'approvisionne auprès d'un producteur accrédité.
<p>Produits</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limités au cannabis (marijuana). 	<p>Produits</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprend tous les produits dérivés du cannabis.
<p>Posologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Établie par le médecin. 	<p>Posologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serait déterminée par le patient, avec l'aide du centre de distribution accrédité.

POURSUIVRE LA RECHERCHE

Le Bureau de l'accès médical au cannabis de Santé Canada administre la Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales. Il coordonne aussi d'autres initiatives relatives au cannabis, dont la recherche sur la sécurité et l'efficacité de la marijuana utilisée à des fins thérapeutiques et l'établissement d'une source canadienne fiable de marijuana propre à la recherche.

Tel que mentionné précédemment, Santé Canada a publié un rapport, en juin 1999, qui annonçait le lancement d'un plan de recherche sur l'utilisation de la marijuana à des fins thérapeutiques.⁴³ Échelonné sur 5 ans, ce plan devait permettre d'évaluer les risques et les bénéfices de la consommation de marijuana à des fins médicales. Le plan comprenait les éléments suivants :

- ❖ Des projets examinant les problèmes de sécurité et d'efficacité associés à la marijuana fumée et aux cannabinoïdes ;
- ❖ Des mécanismes d'accès à la marijuana à l'extérieur des projets (par exemple, les exemptions à l'article 56 discutés plus tôt dans le chapitre) ; et
- ❖ L'établissement d'une source canadienne de marijuana propre à la recherche.

Recherche scientifique

Dans le cadre de la stratégie du gouvernement sur la consommation de marijuana à des fins médicales, Santé Canada a décidé de commanditer des études pour évaluer la sécurité et l'efficacité de la marijuana fumée et des cannabinoïdes. Selon le ministère, les connaissances sur la valeur thérapeutique de la marijuana fumée sont largement anecdotiques et les données provenant d'études scientifiques sur la sécurité et l'efficacité de la marijuana à des fins thérapeutiques sont contradictoires. Le ministère était aussi préoccupé par les risques pour la santé associés à la consommation de marijuana, surtout lorsqu'elle est fumée.

La stratégie a été élaborée sur l'avis du Comité consultatif d'experts sur les nouvelles substances actives du Programme des produits thérapeutiques. Ce comité est un organisme externe composé d'experts scientifiques et médicaux qui a pour mandat de conseiller le Programme des produits thérapeutiques.

En partenariat avec les Instituts de recherche en santé du Canada, un organisme subventionnaire qui assure aussi la validité scientifique des études, Santé Canada s'est engagé à financer le Programme de recherche sur l'usage de la marijuana à des fins médicales à hauteur de 7,5 millions \$ au cours des cinq prochaines années. Il se concentre principalement sur la forme de marijuana fumée, même si des initiatives futures se concentreront sur la marijuana non fumée et les cannabinoïdes.

⁴³ Santé Canada, Programme des produits thérapeutiques, *Plan de recherche sur la marijuana à des fins médicales : Un rapport d'étape*, 9 juin 1999.

Au moins deux études ont été planifiées :

- ❖ En juillet 2001, Santé Canada et les Instituts de recherche en santé ont annoncé une contribution de 235 000 \$ pour une étude pilote à l'Université McGill sur 32 patients afin d'évaluer les effets de la marijuana fumée sur la douleur neuropathique chronique.
- ❖ En juin 2001, Santé Canada a accordé un financement de 840 000 \$ à la *Community Research Initiative of Toronto* (CRIT) pour un projet de recherche sur l'efficacité de la marijuana fumée pour le traitement de la cachexie chez les personnes atteintes du VIH/SIDA. Ce projet entamait alors la deuxième des trois phases prévues sur la marijuana fumée, portant sur les effets aigus du cannabis fumé sur l'appétit des personnes atteintes du VIH/SIDA. Il s'agit d'une étude pilote sur échantillon aléatoire, à double insu, contrôlée avec placebo et croisée.

Toutefois, aucun de ces projets n'est présentement en cours, car les chercheurs n'ont pas accès à de la marijuana.

En plus de ces projets pilotes, Santé Canada a annoncé que de la marijuana de qualité « recherche » serait fournie aux personnes admissibles qui accepteraient de fournir des renseignements médicaux à des fins de surveillance et de recherche. Ici encore, Santé Canada n'a toujours pas fourni la marijuana aux consommateurs autorisés.

Santé Canada a indiqué que les connaissances acquises grâce au programme de recherche général seraient utilisées, en partie, pour modifier au besoin, la Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales. Par exemple, la liste des symptômes énumérés dans la catégorie 2 pourrait être révisée ou la posologie quotidienne précisée. Santé Canada a aussi indiqué que si les études ne révélaient aucun bénéfice à l'usage de la marijuana, il remettrait en question l'utilité de la Réglementation.

Il est évident que des recherches sur les effets thérapeutiques de la marijuana sont essentielles. Alors qu'on peut féliciter Santé Canada d'avoir adopté un plan de recherche, nous ne pouvons que déplorer les délais encourus dans leur démarrage. Les projets pilotes autorisés n'ont pas encore commencé parce que le Canada doit obtenir la marijuana propre aux études d'une source américaine. Cela signifie que des organismes américains, le *National Institute on Drug Abuse* dans ce cas-ci, ont le droit de revoir les protocoles de recherche canadiens pour déterminer s'ils fourniront de la marijuana aux chercheurs canadiens.

« Le NIDA, le National Institute on Drug Abuse des États-Unis, était notre première source de marijuana à des fins de recherche. C'était plutôt le premier organisme avec lequel nous avons communiqué. Ils ont des graines et des produits séchés. Nous négocions toujours avec eux pour obtenir des produits séchés. »

Afin de pouvoir utiliser leurs produits, le ministère de la santé américain et le NIDA doivent approuver les protocoles qui utilisent le produit en question. Après que les organismes aient autorisé les protocoles scientifiques, il faut consulter la DEA pour savoir si elle permettra l'exportation. »⁴⁴

De toutes manières, le fait que des études additionnelles soient nécessaires ne signifie pas que la consommation à des fins thérapeutiques se soit pas justifiée dans certaines circonstances. Les études en cours – ici et dans d'autres pays comme le démontrera le chapitre 20 – devraient permettre de vérifier les informations existantes et d'identifier d'autres conditions médicales ou symptômes sur lesquels le cannabis aurait un effet thérapeutique. Enfin, autant la recherche sur la valeur médicinale du cannabis est une priorité, autant il est nécessaire de mener des études sur des modes d'administration de rechange aussi efficaces que le fait de fumer le cannabis.

Avant de conclure sur cette question, il nous faut souligner regretter que l'immense réservoir de connaissances et d'expertise des clubs de compassion ne fasse pas partie des sources de données du plan de recherche de Santé Canada. Ces organismes oeuvrent à la marge du système, nous le savons. Cela n'empêche pas que les informations dont ils disposent mériteraient d'être recueillies et analysées à des fins de recherche.

Nous remettons aussi en question la validité d'études qui n'utilisent que du cannabis de qualité inférieure et de faible puissance, qu'il soit fourni par le *National Institute on Drug Abuse* ou provienne du Canada. Nous avons vu au chapitre 9 que la marijuana fournie par le NIDA est, de l'avis de certains chercheurs, de qualité douteuse pour des études sur les applications thérapeutiques. Hilary Black, fondatrice et codirectrice de la B.C. Compassion Club Society, a renchéri :

« Nous avons créé, en association avec une équipe de chercheurs scientifiques de Vancouver, un plan de recherche. Par contre, nous avons essuyé un refus, car nous ne voulions pas effectuer une étude utilisant un placebo ou du cannabis de qualité inférieure et de faible puissance fourni par le US National Institute on Drug Abuse. Toute étude essayant de prouver l'efficacité du cannabis à des fins médicales qui utilise une herbe de si faible puissance ou de souche inconnue, tel que le cannabis cultivé au Canada par Plant Prairie Systems, sera un échec. Il n'y a pas lieu d'importer du cannabis à des fins de recherche, lorsqu'on tient compte de la qualité élevée de la marijuana et de l'énorme quantité produite au Canada. Les médecins, les patients, les compagnies pharmaceutiques, Plant Prairie Systems et Santé Canada demandent le même type de renseignements que nous pourrions recueillir. Malheureusement, nous n'avons pas les ressources financières pour effectuer cette recherche. »⁴⁵

⁴⁴ Gillian Lynch, directrice générale, Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, Santé Canada, Délibérations du Comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 2001-2002, numéro 22, pages 47-48.

⁴⁵ Délibérations du Comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 2001, fascicule 10, pages 38-39.

Marijuana propre à la recherche

Santé Canada voulait d'ailleurs créer une source canadienne de marijuana propre à la recherche. Le 5 mai 2000, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada a émis un appel de soumissions pour identifier une source canadienne de marijuana de qualité, abordable, normalisée propre à la recherche scientifique. Au départ, la marijuana devait être fournie uniquement aux scientifiques qualifiés et autorisés à des fins de recherche. Les critères d'évaluation des propositions reçues comprenaient la situation financière du soumissionnaire, la compétence de son personnel, les normes de sécurité, etc. Aucune expérience en culture de marijuana n'était exigée, même si on demandait de l'expérience en matière de culture de végétaux destinés à la consommation humaine.

En décembre 2000, un contrat a été accordé à *Prairie Plant Systems Inc.* (PPS) de Saskatoon. Cette entreprise devait fournir à Santé Canada une source fiable de marijuana abordable, de qualité et normalisée à des fins médicales et de recherche. Santé Canada a annoncé que, d'ici l'établissement d'une source d'approvisionnement nationale, elle demanderait au *U.S. National Institute of Drug Abuse* de lui fournir de la marijuana propre à la recherche pour les essais cliniques effectués par des chercheurs au Canada.

PPS s'est conformé aux exigences du contrat quant à la sécurité. L'entreprise a reçu l'autorisation de cultiver de la marijuana propre à la recherche dans une mine abandonnée de Flin Flon, au Manitoba. Même si cette décision semble en amuser plusieurs, Santé Canada la justifie en invoquant le niveau de sécurité du site et la possibilité de contrôler la température, le niveau d'humidité et les conditions de culture.

Le premier lot devait être fourni à Santé Canada au début de 2002. Selon les modalités du contrat de 5 ans de 5,7 millions \$ l'entreprise devait :

- ❖ Établir et faire fonctionner un établissement de culture, de traitement, de fabrication et de stockage de marijuana ;
- ❖ Effectuer des tests en laboratoire et le contrôle de la qualité de la marijuana, tout au long du cycle de vie du produit ;
- ❖ Fabriquer, emballer, étiqueter et stocker la marijuana ;
- ❖ Distribuer la marijuana aux personnes autorisées par Santé Canada ; et
- ❖ Se conformer aux conditions de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, y compris les mesures de sécurité et physiques sévères.

Ce printemps, Santé Canada a révélé que la première culture ne pourrait pas être utilisée à des fins de recherche en raison de sa qualité variable. Alors que le ministère espérait obtenir des graines du *National Institute on Drug Abuse*, les graines utilisées provenaient de saisies effectuées par les autorités policières au Canada, de sorte que la marijuana obtenue était de souches et de caractéristiques différentes. Santé Canada a mentionné l'importance de la marijuana propre à la recherche :

« Si nous rappelons nos commentaires précédents sur les raisons expliquant pourquoi Santé Canada est impliqué dans l'étude sur la marijuana à des fins médicales, il s'agit d'obtenir les preuves scientifiques nécessaires pour savoir quels sont les bénéfices de la marijuana. Pour obtenir ces preuves scientifiques, il faut avoir un produit de base qui respecte les normes de recherche. La question n'est pas de savoir si Prairie Plant Systems a bel et bien cultivé de la marijuana; il faut savoir si l'entreprise a cultivé un produit qui respecte les normes de la recherche et qui peut être utilisé lors de recherches scientifiques légitimes. »⁴⁶

Nous comprenons cet argument. Nous ne voyons cependant pas ce qui justifierait qu'on ne peut pas distribuer ce cannabis aux personnes autorisées à la consommer conformément à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, surtout lorsque la sécurité du produit, en termes de pesticides, de moisissures, etc., n'est pas en cause.

CONCLUSIONS

Soulignons que les modifications que nous proposons à la Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales doivent garantir que l'utilisation à des fins thérapeutiques est limitée aux cas où il y a un réel besoin médical, et que la distribution et la production sont effectuées à l'aide d'une licence octroyée par le gouvernement.

Conclusions du chapitre 13

- La Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales ne constitue pas le cadre humanitaire qu'elle se proposait d'être et restreint inutilement la disponibilité de la marijuana pour les patients qui pourraient en bénéficier.
- Le fait que la communauté médicale refuse de jouer le rôle de « gardien » du cannabis thérapeutique et qu'il est impossible d'avoir accès à des sources légales de cannabis semble rendre le présent cadre réglementaire d'exemption « illusoire », soulevant ainsi à nouveau des questions quant aux dispositions de la Charte.
- La réglementation n'a visiblement pas atteint son objectif d'être plus accessible : en près d'un an, 498 demandes ont été reçues (contre plus de 550 en vertu de l'ancienne exemption) et seulement 255 personnes ont reçu l'autorisation de posséder de la marijuana à des fins thérapeutiques.

⁴⁶ Dann Nichols, sous-ministre adjoint, Direction générale de la Santé environnementale et sécurité des consommateurs, Santé Canada, Délibérations du Comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 2001-2002, fascicule 22, page 46.

- Il est urgent de modifier les règles d'admissibilité et l'accessibilité au cannabis aux fins thérapeutiques.
- Les études sur la sécurité et l'efficacité du cannabis n'ont pas commencé car les chercheurs ne peuvent pas obtenir le produit nécessaire pour qu'ils effectuent les études. Cette situation regrettable en soi ne doit pas de surcroît pénaliser davantage les personnes qui ont besoin de cannabis aux fins thérapeutiques.
- Il est regrettable que le plan de recherche de Santé Canada n'ait pas prévu d'utiliser l'immense bassin de connaissance que détiennent les clubs de compassion.
- L'élaboration d'une source canadienne de marijuana propre à la recherche a été un échec.

CHAPITRE 14

PRATIQUES POLICIÈRES

Les opinions sur la mise en application des lois sur les drogues illicites par la police sont à tout le moins inconsistantes sinon tout à fait contradictoires. Certains croient que la police consacre trop de temps, d'efforts et de ressources aux enquêtes sur les infractions relatives aux drogues illicites, spécifiquement lorsqu'il s'agit de possession simple et plus encore quand elles impliquent du cannabis. D'autres – dont la police elle-même – prétendent que les priorités sont déjà axées sur les trafiquants et les producteurs et que les accusations de possession, surtout s'il s'agit de cannabis, sont le plus souvent incidents à la détection d'autres activités criminelles.

Ce chapitre décrit d'abord les principales organisations responsables de mettre en application les dispositions de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRDS). La section suivante examine les pouvoirs qui leur sont impartis ainsi que les techniques utilisées lors des enquêtes sur les drogues illicites. Enfin, la troisième section se penche sur les principales statistiques se rapportant à la police. Ces renseignements devraient permettre de faire la lumière sur certaines des idées fausses entourant la mise en application des lois sur les drogues illicites.

ORGANISMES D'EXÉCUTION DE LA LOI

Plusieurs organismes participent à la mise en application des lois canadiennes sur les drogues illicites, principalement la GRC, l'Agence des douanes et du revenu du Canada (ADRC), ainsi que les forces policières provinciales et municipales. Ces intervenants collaborent au besoin avec de nombreux autres organismes comme la Défense nationale, Pêches et océans et la Garde-côtière canadienne

GRC

Le rôle et le mandat de la GRC consistent à faire respecter les lois, prévenir le crime et maintenir la paix, l'ordre et la sécurité. Dans le cadre de la stratégie canadienne sur les drogues, la GRC participe principalement à quatre aspects, soit la mise en

application et le contrôle, la coordination nationale, la coopération internationale, et les programmes de prévention.

Sur le plan national, les responsabilités de la GRC en matière de lutte antidrogues sont confiées principalement à deux groupes :

- ❖ La Division de la lutte antidrogues. Comptant environ 900 employés, ce service est responsable de la lutte antidrogues au Canada depuis son siège social à Ottawa et ses divisions de lutte antidrogues dans les diverses régions du pays. Ce service constitue également une voie de communication rapide avec les membres de la communauté internationale de la lutte antidrogues.
- ❖ L'Initiative intégrée de contrôle des produits de la criminalité. Avec environ 415 employés, ce groupe est chargé d'enquêter sur les personnes ayant accumulé certains produits de la criminalité et de saisir les actifs provenant d'activités criminelles. Puisqu'on estime que 90 % des saisies effectuées touchent les drogues, on considère qu'il s'agit principalement d'une initiative antidrogues. Les 13 unités comptent à leur service des membres des forces policières fédérales, provinciales et municipales, des conseillers juridiques, des agents des douanes, des enquêteurs de l'impôt, des gestionnaires d'actifs et des juricomptables. Les cas dans ce domaine ont tendance à être complexes et interminables.

Ces deux services reçoivent également l'aide des autres divisions de la GRC comme les renseignements et d'autres services d'enquête spécialisés dont la surveillance électronique et physique. Les priorités actuelles consistent à enquêter et à arrêter les têtes dirigeantes des organisations criminelles s'adonnant au commerce des drogues et à saisir les produits de la criminalité. La GRC a adopté une approche basée sur les renseignements et effectue ses enquêtes en fonction de cibles spécifiques – par exemple le crime organisé. Analysant l'information qui lui provient de son service de renseignements pour identifier les principales menaces au pays, elle établit ainsi des priorités nationales de façon à concentrer ses ressources sur les domaines qui posent le plus de risque pour les Canadiens. On réévalue, modifie et redéfinit les priorités nationales en fonction des renseignements recueillis. Ces priorités – par exemple, celle qui concerne les bandes de motards hors-la-loi – permettent de s'attaquer plus précisément à certains groupes. Complexes et pouvant prendre plusieurs années avant d'aboutir, ces enquêtes demandent des ressources considérables.

Lorsque la GRC a comparu devant le Comité au mois d'octobre 2001, elle a présenté les priorités nationales suivantes :

« À l'heure actuelle, nos priorités stratégiques nationales concernent les bandes de motards hors-la-loi, le crime organisé asiatique, le crime organisé italien et le crime organisé d'Europe de l'Est. Il s'agit là d'objectifs nationaux et non d'objectifs en rapport avec les drogues. Ce sont là les objectifs nationaux de

la GRC. Ces groupes sont impliqués dans tous les domaines, mais vous remarquerez qu'ils prennent part tous les quatre aux activités relatives aux drogues illicites. »¹

La GRC collabore étroitement avec d'autres agences nationales et internationales pour combattre l'entrée des drogues au Canada. À ce titre, elle participe régulièrement à des opérations policières conjointes – menées par des groupes de travail permanents ou temporaires selon le cas – pour enquêter sur les activités criminelles et échanger des renseignements. Elle entretient ainsi des relations étroites avec les services de police provinciaux et municipaux, Interpol, les Nations Unies, l'Organisation des États Américains, la Défense nationale, Pêches et océans, le Service correctionnel canadien, la Garde-côtière du Canada, ainsi qu'avec les autorités douanières et les agences de lutte antidrogues de par le monde comme la *Drug Enforcement Administration* (DEA), le FBI et les douanes américaines.

Active aussi dans le domaine de la prévention, la GRC a mis sur pied le Service de sensibilisation aux drogues. Disposant d'un budget de 4 millions \$ et comptant 31 employés, ce service agit au niveau local, offrant des cours aux élèves, parents, athlètes, entraîneurs, employés, employeurs et groupes communautaires. L'ensemble du personnel de la GRC – et non seulement ces 31 employés à temps plein en prévention – offre ainsi plus de 10 000 présentations par année. Parmi les programmes offerts, mentionnons le *Drug Abuse Resistance Education* (DARE)², le Programme «Notre bouclier» pour les jeunes autochtones, le programme *Dans les deux sens : les parents, les enfants et les drogues*, ainsi que le programme *La drogue et le sport*.

Dans le cadre des responsabilités policières provinciales et municipales qu'elle assume de façon contractuelle, la GRC joue aussi un rôle au plan local dans la lutte antidrogues. Le sergent MacEachern, coordonnateur de la lutte antidrogues au Nouveau-Brunswick, nous explique :

« La GRC est liée par un contrat avec la province du Nouveau-Brunswick et, en tant que tel, nous offrons des services policiers dans toutes les régions rurales de la province, dans plusieurs des petits districts et des petites municipalités, ainsi que dans un grand nombre de municipalités plus vastes. De plus, nous disposons d'unités fédérales chargées de l'application de la loi ici et là dans la province, et en matière de lutte antidrogues, nous avons des bureaux à Bathurst, Moncton, Saint-Léonard, Saint John et Fredericton.

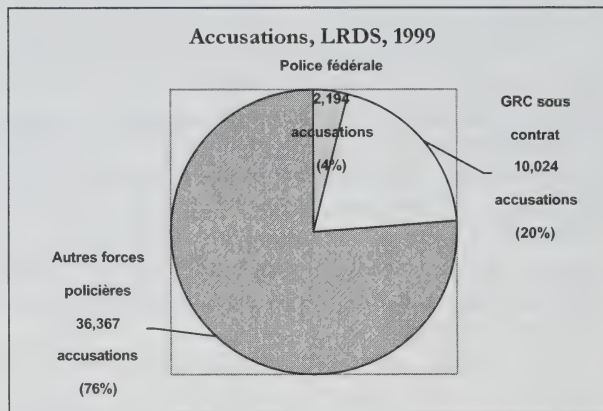
Autrement dit, notre personnel d'application de la loi réalise des enquêtes à grande échelle impliquant les groupes criminels organisés sur les plans provincial, interprovincial, national et international. Nos détachements provinciaux ou contractuels doivent s'occuper des trafiquants de drogue à l'échelle locale ou dans les rues, mais il arrive souvent, dans le but de contrer un trafic intense sur le plan local, que nos unités fédérales s'associent à nos détachements afin de réaliser un objectif précis. »³

¹ R.G. Lesser, surintendant principal, GRC, Délibérations du Comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 2001, numéro 8, page 11.

² Nous discutons plus en profondeur du cas du programme DARE au chapitre 17.

³ Présentation au Comité le 5 juin 2002.

Même si nous abordons plus loin les statistiques relatives à la lutte antidrogues, il est intéressant d'observer que selon Rapport de 2001 de la vérificatrice générale,⁴ la GRC était responsable d'environ 24 % de toutes les accusations portées en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* en 1999. Comme le démontre le graphique ci-contre, seulement 4 % de



ces accusations étaient attribuables à ses services de police fédérale (soit 2194 sur un total de 49 585). Dans ce graphique, le « nombre de personnes accusées » est réparti selon la gravité des infractions pour un incident donné et il fait référence au nombre de personnes accusées par la police ou contre lesquelles la police a recommandé qu'on porte des accusations.

L'Agence des douanes et du revenu du Canada⁵

L'ADRC – qui compte présentement plus de 8 000 employés – a toujours joué un rôle de premier plan dans la lutte antidrogues au Canada et elle est chargée d'intercepter les drogues au point d'entrée. Il s'agit là d'une tâche importante, puisque plusieurs des drogues illicites qu'on retrouve au Canada sont introduites en fraude à nos frontières – même si cela est moins vrai pour le cannabis dont une partie significative est cultivée au pays.

La *Loi sur les douanes* confère certains pouvoirs aux agents des douanes. En vertu de l'article 98 un agent peut fouiller toute personne arrivée au Canada s'il la soupçonne, pour des motifs raisonnables, de dissimuler sur elle ou près d'elle tout objet d'infraction, effective ou éventuelle, à la présente loi, tout objet permettant d'établir une pareille infraction ou toute marchandise d'importation ou d'exportation prohibée, contrôlée ou

⁴ *Rapport de la vérificatrice générale du Canada à la Chambre des communes*, 2001, chapitre 11, « Les drogues illicites : le rôle du gouvernement fédéral, » page 11.

⁵ Cette section repose dans une grande mesure sur le témoignage de Mark Connolly, directeur général, Direction du renseignement et de la répression de la contrebande, Direction générale des douanes, Agence des douanes et du revenu du Canada, Délibérations du Comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 2001, numéro 8, pages 33-39.

réglementée en vertu de la présente loi ou de toute autre loi fédérale. De plus, selon l'article 99, l'agent peut « visiter toute marchandise importée ».

L'ADRC fait face à divers types de contrebande dont les armes à feu, l'alcool, le tabac et les drogues. Tout comme la GRC, elle fonctionne sur la base de renseignements qui lui proviennent de son vaste réseau et d'autres organismes d'exécution (au pays et à l'étranger). Ainsi, son programme de renseignements sur la contrebande travaille étroitement avec les organismes d'exécution canadiens et étrangers afin d'accumuler des renseignements, des indicateurs et des tendances lui permettant d'identifier les cargaisons et/ou individus suspects avant qu'ils n'arrivent à la frontière.

Les programmes d'exécution reposent sur la planification stratégique, la gestion des risques, la collecte et la diffusion des renseignements, les partenariats et la formation efficace du personnel. La Direction du renseignement et de la répression de la contrebande – dont la priorité consiste à s'attaquer aux drogues illicites – est chargée de la conception, l'élaboration et la mise en application des stratégies relatives à la contrebande et aux programmes de renseignements. En raison d'un volume croissant, l'ADRC a élaboré le *Plan d'action des douanes* afin de moderniser ses processus douaniers et d'analyse des risques.

Le service du renseignement et de la répression de la contrebande de l'ADRC est composé d'agents du renseignement et d'analystes. Ses diverses unités sont chargées de recueillir des renseignements et de maintenir des bases de données qui seront diffusés aux agents de première ligne au pays afin de les aider à identifier les personnes et les marchandises à risque qui se présentent aux frontières.

En plus de partenariats avec d'autres organismes d'exécution de la loi au Canada, comme la GRC et les polices provinciales et municipales, l'ADRC est en relation étroite avec d'autres administrations douanières, des organismes nationaux et internationaux d'exécution de la loi et des intervenants externes dans les domaines de la contrebande, les renseignements, l'exportation stratégique et le contre-terrorisme tels le *United States Customs Service*, la *Drug Enforcement Administration*, l'Organisation mondiale des douanes, la Conférence douanière inter-Caraïbes et l'Interpol. L'ADRC participe régulièrement à des opérations conjointes de courte et de longue durée. Par exemple, les équipes intégrées de la police des frontières (EIPF) sont le fruit d'une initiative canado-américaine entre plusieurs agences d'exécution de la loi qui vise à contrer le crime frontalier. De plus, l'ADRC et la police joignent régulièrement leurs ressources à celles des organismes d'exécution locaux, provinciaux et américains afin de combiner leur expertise et leurs renseignements. L'ADRC participe également à l'Initiative intégrée de contrôle des produits de la criminalité décrite précédemment.

Parmi les activités spécifiques à la lutte antidrogues, mentionnons :

- ❖ Recours à un équipement de détection de contrebande hautement sophistiqué afin de procéder à des examens non intrusifs visant à faciliter l'identification des stupéfiants – systèmes à rayons X pour examiner les bagages, les camions et les chargements mobiles ; appareils à balayage ionique afin de détecter les quantités infimes de stupéfiants sur presque tout genre de surface ; équipes de chiens pisteurs déployés un peu partout au pays ; trousses de détection de contrebande comprenant certains outils utiles comme des sondes et des fibroscopes ; ainsi qu'un véhicule submersible télécommandé visant à détecter les stupéfiants et autres articles de contrebande fixés sous l'eau à la coque des navires.
- ❖ Priorité accordée à la formation des inspecteurs des douanes dans le domaine de l'exécution des lois relatives à la contrebande.
- ❖ Utilisation de divers systèmes d'exécution et bases de données, internes et externes, afin de permettre aux douaniers et aux inspecteurs d'identifier le niveau de risque des voyageurs, des transporteurs et/ou des conducteurs.
- ❖ Déploiement d'un personnel chargé exclusivement de faire respecter les lois afin de recueillir des renseignements et faire respecter les interdictions en régions. Les agents régionaux du renseignement collaborent avec les autorités policières locales, les agents de ciblage, les enquêteurs et les douaniers pour identifier les mouvements à risque élevé à la frontière. Les équipes d'intervention mobile se composent de douaniers spécialement formés et postés partout au Canada pour mener des activités de surveillance et de vérification, ainsi que des opérations de contrôle auprès de voyageurs choisis de façon aléatoire. Les analystes régionaux du renseignement analysent les saisies importantes afin d'établir des liens avec le crime organisé, et procèdent à des évaluations des tendances pour tenter d'identifier les risques à venir.

L'ADRC estime qu'elle est responsable d'environ 50 % de toutes les saisies de drogues effectuées au Canada.

Polices municipales et provinciales

À travers leurs activités normales de police et des escouades spécialisées, les forces policières provinciales et municipales sont en première ligne en matière de drogues illicites. Elles font la plupart des enquêtes et gèrent la plus grande partie des cas de drogues au Canada. De plus, les membres de ces corps participent fréquemment à des opérations conjointes avec la GRC et/ou l'ADRC, ainsi que d'autres organismes d'exécution. Par exemple, on a informé le Comité d'opérations conjointes présentement menées avec la GRC – et dans certains cas, avec d'autres organismes d'exécution – ainsi qu'avec la police de Toronto, la police de Vancouver et la police de Regina.

COÛTS⁶

À diverses occasions, le Comité a demandé aux forces policières de lui fournir des informations détaillées sur la proportion du temps que les agents consacrent aux affaires de drogue, le nombre d'agents affectés à la lutte antidrogues, etc. Dans la plupart des cas, nous n'avons obtenu aucune réponse à ces questions sauf des énoncés généraux. Ou bien les forces policières étaient réticentes à nous fournir ces renseignements, ou encore leur travail ne se prête pas à ce genre de calculs et personne ne connaît les sommes consacrées à la lutte antidrogues. Dans un cas ou l'autre, ce manque de données nous complique la tâche lorsque vient le temps d'estimer les budgets que la police consacre aux questions relatives aux drogues et de déterminer si on utilise les fonds publics à bon escient.

Il est effectivement difficile d'estimer les coûts de la lutte antidrogues. Quels sont les éléments de coûts à prendre en compte ? Quels sont ceux que l'on devrait laisser de côté en raison d'un manque de données ? Comment définit-on le coût des éléments ? Comment devrait-on mesurer chaque élément de coût ? Peut-on vraiment éviter ces coûts ? Enfin, comment ces divers facteurs influencent-ils la qualité des résultats ?

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) a réalisé la dernière étude d'importance des coûts de la toxicomanie au Canada.⁷ Cette étude, publiée en 1996, porte sur les données de 1992. Les auteurs estimaient les coûts de la lutte antidrogues comme suit :

Police	208,3 M \$
Tribunaux	59,2 M \$
Services correctionnels (incluant la probation)	123,8 M \$
Douanes et accise	9,0 M \$
<i>Coût total de la lutte antidrogues</i>	400,3 M \$

Les coûts policiers correspondent aux coûts des organismes d'exécution de la loi spécialisés, comme la Division des stupéfiants (d'alors) de la GRC, ainsi qu'à la proportion du coût général des opérations policières qu'on peut attribuer aux crimes reliés aux drogues illicites, incluant les violations directes des lois antidrogues et la proportion des crimes généraux qu'on peut attribuer de façon raisonnable aux drogues illicites.

Certaines données sur la proportion des cas d'homicides et d'agressions où l'auteur était sous l'influence de drogues illicites étant connues, l'étude du CCLAT a

⁶ Cette section repose dans une certaine mesure sur le document intitulé *The Costs of Drug Abuse and Drug Policy*, préparé pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites par Antony G. Jackson, Division de l'économie, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, 22 avril 2002. Nous y revenons aussi au chapitre 21.

⁷ Single, E., et coll., (1996) *The Costs of Substance Abuse in Canada: A Cost Estimation Study*, Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

estimé la proportion de ces cas où l'on pouvait attribuer cette infraction à une intoxication de l'auteur. Les auteurs ont proposé que 8 % des crimes violents commis au Canada étaient attribuables aux drogues illicites. Il est à noter qu'il n'a pas été tenu compte des crimes contre la propriété.

Le nombre d'infractions était utilisé pour mesurer le travail policier. Pour estimer le coût total du travail de police en matière de drogues, on a multiplié les dépenses totales des services de police fournies par Statistiques Canada par le pourcentage des infractions qu'on estimait avoir un rapport avec la drogue. Selon l'étude, 2,4 % de toutes les infractions étaient attribuables à la consommation de drogues illicites.

Coûts des services de police pour la mise en application des lois antidrogues du fédéral	168,4 M \$
Coûts des services de police pour 8 % des crimes violents	39,9 M \$
<i>Coût total des services de police</i>	<i>208,3 M \$</i>

Les données sur les Douanes et accises ne tiennent pas compte des programmes financés par la Stratégie antidrogue.

Bien que nous ne soyons pas en mesure d'étudier en profondeur les coûts de la lutte contre les drogues illicites par la GRC, l'ADRC, ainsi que les polices provinciales et municipales, nous pouvons affirmer sans aucun doute que les coûts actuels de la lutte antidrogues excèdent considérablement l'estimation de 210 millions \$ produite en 1992.

En effet, le Rapport de 2001 de la vérificatrice générale estimait que la GRC avait consacré à elle seule environ 164 millions \$ à la lutte contre les drogues illicites en 1999.⁸ Cette estimation reposait sur les données détaillées relatives aux dépenses recueillies dans le cadre du programme fédéral de la lutte antidrogues. Ce montant comprenait les coûts découlant directement de l'exécution des lois antidrogues, ainsi que les coûts dans les domaines connexes comme les initiatives touchant les fruits de la criminalité, et les douanes et accises.

Ce montant de 164 millions \$ ne concerne que les services de police fédéraux de la GRC et **n'inclut pas** les services de police rendus par la GRC en vertu des contrats avec les provinces et les municipalités qui constituent cependant l'essentiel des dépenses de la GRC. On nous a déclaré qu'il était à l'heure actuelle impossible de déterminer avec précision les coûts en rapport avec la lutte aux drogues illicites pour ces services.

« Dans le cas des services de police à contrat, on mène la lutte antidrogues conjointement avec d'autres services, par exemple, alors que les agents exécutent des tâches uniformes, soit les tâches policières générales dans les communautés. Par conséquent, il est difficile de déterminer la partie du temps consacré aux diverses activités. Cette difficulté s'accroît lorsque l'infraction en matière de drogue résulte d'un autre crime, ce qui est souvent le cas. »

⁸ Rapport de la vérificatrice générale du Canada à la Chambre des communes, 2001, chapitre 11, «Les drogues illicites : le rôle du gouvernement fédéral, » page 17.

On doit tenir compte du fait que le coût des services policiers consiste en grande partie du salaire et des avantages consentis aux membres. Pour déterminer avec précision le coût de la lutte antidrogues en matière de services de police à contrat, il nous faut mesurer le temps consacré à cet effort.

Alors qu'on le fait pour les membres de la GRC au niveau fédéral, le système présentement utilisé pour les services de police à contrat ne permet pas de recueillir cette information. On s'efforce présentement d'élaborer un nouveau système qui permettrait possiblement d'accumuler ces renseignements. Cependant, en raison de l'éventail des tâches policières effectuées jour après jour, il est évident que ce serait tout un défi que de faire la distinction nette des activités relatives à la drogue.

...Permettez-moi maintenant d'aborder les coûts assumés par les forces policières provinciales et municipales. Nous avons récemment mis sur pied un processus visant à identifier les renseignements existant sur le plan des coûts d'exécution et les lacunes à ce niveau. Le mois dernier, lors de la plus récente réunion du Comité national de coordination sur le crime organisé dont je suis le président, notre ministère a distribué un questionnaire visant à recueillir des renseignements sur les coûts d'exécution dans les provinces et les territoires. On a depuis ce temps remis le questionnaire à plusieurs corps policiers au pays par l'intermédiaire de l'Association canadienne des commissions de police. Nous attendons impatiemment d'en analyser les résultats dès que nous les aurons reçus. »⁹

Ces résultats nous intéressent aussi puisqu'ils constitueraient l'information la plus précise à ce jour. Comme nous l'avons expliqué précédemment, il nous est apparu extrêmement difficile, voire impossible, de connaître la ventilation des coûts des activités de lutte antidrogues pour les corps de police provinciaux et municipaux. Même si le chef Fantino du service de police de Toronto a indiqué que « probablement le tiers de nos ressources sont englouties dans un aspect ou l'autre de la lutte antidrogues, »¹⁰ ce type de déclaration ne nous permet pas de tirer des conclusions concrètes quant aux coûts du maintien de l'ordre. Cependant, on nous a dit que les enquêtes sur la drogue – en particulier celles qui visent à coincer les réseaux de trafiquants – peuvent exiger des ressources intensives.

« Les ressources ainsi utilisées sont considérables en raison de la nature du travail. Celui-ci est complexe et, comme vous le précisez, il implique la surveillance et même parfois l'écoute électronique. On doit faire appel à un réseau de gens qui travaillent de façon clandestine. La police requiert un temps énorme afin de réunir une preuve crédible pour mettre le réseau à jour, établir des liens et procéder ensuite à des corrélations de tous ces éléments devant la cour. Il s'agit là d'un aspect du travail des policiers qui demande bien des ressources et qui, par conséquent, est très onéreux pour le service de police. »¹¹

⁹ Paul E. Kennedy, Sous-ministre adjoint principal au solliciteur général, Secteur de la police et la sécurité, ministère du Solliciteur général, Délibérations du Comité spécial sur les drogues illicites, Sénat canadien, première session de la trente-septième législature, 2001-02, numéro 22, pages 9-10.

¹⁰ Le chef Julian Fantino, service de police de Toronto, Délibérations du Comité spécial sur les drogues illicites, Sénat canadien, première session de la trente-septième législature, 2001, numéro 5, page 11.

¹¹ Le chef Cal Johnston, service de police de Regina, Délibérations du Comité spécial sur les drogues illicites, Sénat canadien, première session de la trente-septième législature, 2001-02, numéro 16, page 31.

Il n'est toutefois pas certain que ce raisonnement sur les coûts s'applique également aux cas de possession de cannabis.

« La consommation de cannabis, sauf lorsqu'elle coïncide avec une rencontre avec un agent de police, ne justifie pas une enquête policière, du moins pas dans cette communauté. Nous ne nous amusons pas à piéger les gens qui ne font que consommer le cannabis. Nous les trouvons cependant en nous adonnant à nos activités dans de nombreuses autres circonstances. Nous les trouvons dans le cadre des enquêtes relatives au trafic de stupéfiants, puisque nous sommes alors confrontés à des consommateurs et c'est alors qu'on porte des accusations. Nous les trouvons lors des chicanes de ménage. Nous les trouvons lors des enquêtes touchant les débits de boisson et parfois lors d'infractions au code de la route. Leur présence est une conséquence de l'enquête.

Pour ce qui est de s'attaquer au trafic et à la culture du cannabis, il s'agit là du principal but de nos enquêtes sur la drogue. L'argent provenant de la culture et du trafic du cannabis se retrouve dans les autres types de crimes. Dans certaines communautés, il s'agit d'un crime plus officiel et mieux organisé, alors que dans d'autres, il s'agit de groupes de criminels affiliés qui ne s'y adonnent que pour les profits. C'est d'ailleurs à ce niveau que nous exerçons nos activités. »¹²

En ce qui concerne le coût des douanes, l'ADRC a précisé que 75 millions \$ sur un budget de l'ordre de 410 millions \$ en 2001-2002 ont été consacrés à l'interdiction des drogues illicites dans des domaines comme les équipes d'intervention mobiles, les unités régionales, le programme d'examen des conteneurs, le centre d'expertise marine, les analystes de renseignements et les agents régionaux du renseignement. Ces coûts découlent aussi de la technologie de détection de la contrebande qui comprend les systèmes à rayons X, les spectromètres de mobilité ionique et le service de chiens pisteurs. L'ADRC a précisé que les agents participant à la détection de la contrebande s'occupent non seulement de la lutte antidrogues, mais de la contrebande en général – quoique l'interdiction des drogues illicites ait constitué sa principale priorité. Le rapport 2001 de la vérificatrice générale estimait que l'Agence avait consacré entre 14 et 36 millions \$ pour faire exécuter la loi visant à interdire les drogues illicites.¹³

Les données que nous présentons ci-dessous proviennent des sources suivantes :

- ❖ GRC (services de la police fédérale) : rapport 2001 de la vérificatrice générale et témoignage devant le comité ;
- ❖ Forces provinciales et municipales, ainsi que la GRC (sous contrat) : en multipliant par un facteur de 3,5 % (correspondant à la proportion en 2001 des infractions à la LRDS, soit 91 920 infractions, par rapport au total des infractions au Code Criminel, soit 2 534 319 infractions et à la LRDS pour un total de 2 626 239

¹² *Ibid.*, page 33.

¹³ *Rapport de la vérificatrice générale du Canada à la Chambre des communes*, 2001, chapitre 11, « Les drogues illicites : le rôle du gouvernement fédéral » page 16.

infractions)¹⁴ les dépenses totales de 5,0 milliards \$ des agences d'application de la loi (en 1997-1998, les dépenses ont totalisé 4,8 milliards \$ - excluant les dépenses de la GRC, le service de police du fédéral)¹⁵ ; et

- ❖ ADRC – selon une estimation réalisée à partir des chiffres apparaissant dans le Rapport de 2001 de la vérificatrice générale (de 14 à 36 millions \$) et le témoignage de l'ADRC devant le comité (75 millions \$).

Admettant qu'il s'agit là d'une méthode de calcul brute et non scientifique qui ne tient pas compte de facteurs qui pourraient certainement justifier des ajustements, elle nous permet tout de même d'avoir une meilleure idée des coûts d'application de la loi en matière de drogues illicites au Canada.

GRC (services fédéraux)	164 millions \$
Polices provinciale et municipales	175 millions \$
ADRC	50 millions \$
Total 389 millions \$	

Compte tenu du fait que les enquêtes sur les drogues font appel à des ressources extrêmement importantes, il est permis de penser que la lutte antidrogues représente bien plus que 3,5 % du budget de la police, le chef Fantino ayant même suggéré qu'elle pouvait atteindre 33 % de son budget. Si nous utilisons un facteur de 15 %, cela porterait le coût des services provinciaux et municipaux en matière de drogues illicites à 750 millions \$. **C'est dire qu'au total, on consacrerait, chaque année, la somme de presque 1milliard\$ à la lutte antidrogues.** Il est évident qu'on ne pourrait récupérer tous ces coûts, même sous un régime de légalisation, puisque les forces policières redirigeraient sûrement les ressources vers d'autres priorités. Cependant, on pourrait s'attendre raisonnablement à des économies importantes si on assouplissait les lois relatives au cannabis.

*« ...les économies en termes de coûts d'exécution de la loi si on décriminalisait la possession sont difficiles à estimer. La difficulté repose en partie sur le fait que le nombre d'arrestations attribuables au cannabis a diminué au cours des dernières années à Vancouver, ce qui reflète la tendance globale qui vise à relâcher l'exécution de la loi dans les cas de simple possession. Néanmoins, les activités d'une exécution plus lâche de la loi permettraient des économies substantielles si on abrogeait ou si on modifiait la loi. »*¹⁶ (nous soulignons)

¹⁴ Statistiques Canada, Centre canadien de la statistique juridique, *Juristat*, Statistiques de la criminalité au Canada - 2001, page 14.

¹⁵ Statistiques Canada, Centre canadien de la statistique juridique, *Juristat*, Statistiques de la criminalité au Canada - 2001, page 14.

¹⁶ Kash Heed, section des drogues, Délibérations du Comité spécial sur les drogues illicites, Sénat canadien, première session de la trente-septième législature, 2001, numéro 10, page 62.

POUVOIRS POLICIERS¹⁷

D'aucuns disent que l'on a accordé à la police des pouvoirs beaucoup trop vastes pour l'exécution de la loi en matière de drogues et que, dans la lutte antidrogues, la société en est venue à tolérer toute une batterie de techniques d'enquête – écoute électronique, fouilles à nu, recours à des indicateurs rémunérés, provocation policière, etc. – qui heurtent nos notions fondamentales de liberté civile. Tenant compte du fait qu'il soit plus difficile d'appliquer la loi en raison de la nature même des infractions liées à la drogue, cette section examine les décisions rendues par les tribunaux sur les pouvoirs et méthodes inusitées demandées par les services de police dans ces cas. Le recours à des pouvoirs policiers spéciaux pour l'exécution de la loi en matière de drogue a une longue histoire comme nous l'avons vu au chapitre 12, mais cette section porte sur la situation contemporaine.

On s'entend en général pour dire que la police a besoin de pouvoirs pour faire respecter la loi et maintenir l'ordre dans notre société. Lorsqu'elle enquête sur des actes criminels, la police peut employer des techniques d'enquête moins intrusives comme l'observation et l'interrogatoire. Dans d'autres cas, elle peut devoir employer des méthodes plus intrusives comme la surveillance électronique et la vente surveillée. Ces méthodes, bien qu'elles soient aussi appliquées à l'égard d'autres actes criminels, sont utilisées beaucoup plus fréquemment dans les enquêtes visant les drogues.

Il faut toutefois limiter ces pouvoirs pour protéger les personnes contre les actions policières excessives. Comme le juge La Forest l'avait formulé : « *L'interdiction qui est faite au gouvernement de s'intéresser de trop près à la vie des citoyens touche à l'essence même de l'État démocratique.* »¹⁸ Pour déterminer si la conduite de la police est acceptable, il faut généralement tenir compte d'intérêts conflictuels. Il y a d'une part les intérêts individuels, et notamment le droit de ne pas être soumis aux ingérences de l'État, et d'autre part les intérêts de l'État, et notamment son devoir de protéger la société. Lorsque ces intérêts s'opposent, il peut être parfois difficile de s'entendre sur la ligne de démarcation à adopter concernant la conduite de la police.

Les tribunaux savent que, à mesure que les crimes deviennent plus subtils, il faut que la police puisse employer des techniques d'enquête plus perfectionnées pour les dépister. De plus, dans le cas des infractions liées aux drogues et à d'autres infractions de nature consensuelle¹⁹, on sait que les techniques d'enquête ordinaires sont souvent insuffisantes en raison de la difficulté à dépister ces activités. En général, comme il n'y

¹⁷ Cette section s'inspire largement du rapport de recherche préparé pour le Comité par la Division de la recherche parlementaire : Lafrenière G., (2001) *Les infractions aux drogues et les pouvoirs policiers*. Ottawa: Bibliothèque du Parlement. Disponible sur le site du Comité à www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

¹⁸ R. c. *Dymnt*, (1988) 45 C.C.C. (3d) 244, p. 254 (C.S.C.).

¹⁹ Signalons parmi les infractions consensuelles les paris et la prostitution.

a pas de «victimes», il n'y a personne pour porter plainte ou signaler un crime à la police. Le Parlement et les tribunaux semblent convenir qu'il peut être justifié d'accorder des pouvoirs supplémentaires à la police dans ces circonstances. On estime que la police doit agir de façon proactive au lieu de réagir comme elle le fait généralement dans le cas des infractions non consensuelles. Un exemple de ce point de vue est exprimé dans la déclaration suivante de l'ancien juge en chef Laskin de la Cour suprême du Canada :

« Le mode de dépistage des actes criminels réels ou soupçonnés, et de leurs auteurs, varie nécessairement avec le genre de crime. Par exemple, lorsqu'il y a violence ou introduction par effraction et vol, il existe généralement des preuves manifestes de l'infraction que la police peut utiliser pour retrouver les coupables ; il est fréquent que la victime, sa famille ou le propriétaire du bien, selon le cas, appelle la police et lui fournisse des indices facilitant son enquête. Lorsqu'il s'agit de crimes «consensuels», c'est-à-dire de crimes impliquant des personnes consentantes, comme dans le cas de la prostitution, des paris illégaux et de la drogue, les méthodes ordinaires ne suffisent plus. Les participants, qu'ils s'estiment lésés ou non, ne portent pas plainte et ne cherchent pas à obtenir le secours de la police ; c'est justement ce qu'ils veulent éviter. Si la police veut réprimer ces infractions que l'opinion publique désapprouve et qui sont d'ailleurs punies dans notre droit, elle doit prendre des initiatives. »²⁰

La Commission Le Dain a aussi admis la nature particulière des infractions liées à la drogue :

« L'exécution des lois concernant les stupéfiants est rendue très difficile par la nature même des délits tombant sous le coup de ces lois, et notamment par le fait que les personnes impliquées sont consentantes et agissent de concert, et aussi parce qu'il y a rarement sinon jamais de victime ayant un sujet de plainte, comme dans le cas des délits contre la personne ou la propriété. La police reçoit rarement l'aide de plaignants. C'est à elle qu'il incombe en majeure partie d'établir la preuve de l'accusation. En outre, l'activité se rattachant à l'usage non médical des drogues est relativement facile à dissimuler. Les parties intéressées peuvent, d'un commun accord, l'exercer dans des lieux qui échappent à la surveillance de la police. Il est également facile de cacher les substances et les instruments incriminables ou de s'en débarrasser.

Toutes ces difficultés ont progressivement nécessité le recours à des méthodes exceptionnelles d'exécution de la loi. »²¹

Fouilles perquisitions et saisies

Les pouvoirs spéciaux de fouille, de perquisition et de saisie font depuis longtemps partie de l'exécution de la loi en matière de drogues illicites. Ainsi, avant d'être abrogés en 1985, les mandats de main-forte donnaient aux agents de la paix le

²⁰ R. c. Kirzner (1977) 38 C.C.C. (2d) 131 (C.S.C.), page 135.

²¹ Rapport de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, *Le cannabis*, Ottawa, 1972, page 239.

pouvoir de perquisitionner sans avoir préalablement obtenu un mandat. Ces pouvoirs étaient prévus dans les versions antérieures de la *Loi sur les douanes*, de la *Loi sur l'accise*, de la *Loi sur les aliments et drogues* et de la *Loi sur les stupéfiants*. Avant son abrogation en 1985, le paragraphe 10(1) de la *Loi sur les stupéfiants* permettait aux agents de la paix intervenant en vertu du « pouvoir d'un mandat de main-forte ou d'un mandat » d'entrer dans une maison d'habitation et de la fouiller « à toute heure » pourvu que l'agent de la paix ait des motifs valables de croire qu'il se trouvait des stupéfiants dans la maison « au moyen desquels ou à l'égard desquels » une infraction avait été commise aux termes de la *Loi*. L'article 8 de la Charte a finalement mis un terme aux mandats de main-forte.

De nos jours, c'est la LRDS qui énonce toutes les conditions de fouille, perquisition et saisie dans le cas des infractions liées aux drogues. Bien que ces dispositions soient semblables à celles du *Code criminel* en la matière, la police jouit de pouvoirs supplémentaires en vertu des lois s'appliquant aux drogues illicites. Le paragraphe 11(1) de la LRDS permet à un juge de délivrer un mandat de perquisition s'il estime, selon l'information qui lui est fournie sous serment, qu'il existe des motifs valables de croire que les articles recherchés se trouvent bien là. Ces articles sont les suivants :

- ❖ Une substance désignée ou un précurseur ayant donné lieu à une infraction à la LRDS ;
- ❖ Une chose qui contient ou recèle une substance désignée ou un précurseur visé à l'alinéa précédent ;
- ❖ Un bien infractionnel ;
- ❖ Une chose qui servira de preuve relativement à une infraction à la LRDS.

Il est possible d'obtenir un mandat même s'il n'y a pas de raison de croire qu'il y a de la drogue sur les lieux perquisitionnés, pourvu qu'il y ait des motifs de croire qu'il s'y trouve l'un des trois autres types de « choses ».

La LRDS autorise une perquisition « **à tout moment** ». Il n'est donc pas nécessaire d'obtenir l'autorisation de perquisitionner de nuit, comme l'exige le *Code criminel*.

Un autre pouvoir spécial est prévu au paragraphe 11(5) de la LRDS qui permet à la police **de procéder à des fouilles corporelles** dans certaines circonstances. Ce pouvoir n'est pas prévu au *Code criminel*, bien que la police ait le pouvoir, selon la *common law*, de fouiller une personne arrêtée. La LRDS donne à la police, dans le cadre de l'exécution d'un mandat, le pouvoir de chercher sur une personne une substance désignée ou d'autres articles prévus dans la disposition. Cela n'est possible que si le policier a des motifs raisonnables de croire que la personne trouvée sur les lieux désignés par le mandat a en sa possession une substance désignée ou d'autres articles énumérés dans le mandat. Cette disposition autorise donc la police à fouiller une personne même s'il n'y a pas eu d'arrestation, mais seulement pour ce qui est de certains articles et seulement si le policier a des motifs raisonnables.

Le paragraphe 11(7) permet à la police d'exercer sans mandat les pouvoirs que lui confèrent les paragraphes 11(1), (5) ou (6) en matière de perquisition « lorsque l'urgence de la situation rend son obtention difficilement réalisable, sous réserve que les conditions de délivrance en soient réunies ». Comme nous le verrons plus loin, les perquisitions sans mandat sont considérées par principe comme non raisonnables, mais les tribunaux prévoient certaines exceptions. Les règles en ont été résumées comme suit :

[Traduction] « Une perquisition sans mandat se justifie lorsque, compte tenu de la situation, il n'est pas possible d'obtenir un mandat, par exemple si c'est un véhicule, un aéronef ou tout autre moyen de transport susceptible de changer d'endroit qui fait l'objet de la fouille. C'est à l'État que revient alors la responsabilité de prouver que l'obtention d'un mandat dans les circonstances de l'espèce aurait compromis l'efficacité de l'exécution de la loi.

Lorsqu'il n'existe pas de pouvoir de fouille en common law concernant les fouilles en «situation d'urgence», les tribunaux estiment qu'il est nécessaire que la loi habilitante fasse état d'un pouvoir de perquisition sans mandat dans certaines circonstances, par exemple en situation d'urgence. Ces dispositions législatives devraient définir étroitement le type d'enquête qui permettrait le recours à une perquisition sans mandat. »²²

Si la présence de drogues dans un véhicule peut être considérée comme une situation d'urgence, les tribunaux n'ont pas encore déterminé avec certitude si la perquisition sans mandat d'un domicile privé dans le cadre d'une situation d'urgence satisfait aux exigences constitutionnelles.²³ Les tribunaux exigeront que la question d'intérêt public invoquée soit suffisamment impérieuse pour l'emporter sur le droit à la vie privée associé au domicile d'un particulier, par exemple s'il s'agit de sauver une vie humaine ou de sécurité.²⁴

La Loi permet également à l'agent de police de saisir d'autres choses que celles qui sont énumérées dans le mandat s'il a des motifs raisonnables de croire qu'il s'agit d'articles énumérés au paragraphe 11(1)²⁵ et à l'agent de police de saisir toute chose dont il a des motifs raisonnables de croire qu'elle a été obtenue ou utilisée dans le cadre de la perpétration d'une infraction (pas uniquement liée aux drogues) ou qu'elle servira de preuve à l'égard de celle-ci.²⁶

La LRDS traite aussi du recours à la force. L'article 12 prévoit que l'agent de la paix exécutant un mandat peut «recourir à l'assistance qu'il estime nécessaire» et «à la force justifiée par les circonstances». Rappelons que les dispositions du *Code criminel* en

²² Brucker, T., (2002) *The Practical Guide to the Controlled Drugs and Substances Act*, 3e édition, Carswell, page 101.

²³ Dans *R. c. Feeney*, la Cour suprême du Canada a refusé d'aborder la question puisque, selon elle, il n'y avait pas de circonstances pressantes au moment de l'arrestation.

²⁴ *R. c. Godoy*, (1999) 131 C.C.C. (3d) 129 (C.S.C.).

²⁵ Voir la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, paragraphe 11(6).

²⁶ Voir la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, paragraphe 11(8).

matière de fouille et de perquisition ne précisent pas qu'il est possible de recourir à la force, mais ce recours est prévu ailleurs dans le *Code criminel*.

Les articles saisis en vertu de la LRDS sont soit des biens infractionnels (de l'argent, des automobiles, etc.) ou des substances désignées (des « drogues »), des règles précises s'appliquant à la détention et à la confiscation dans chaque catégorie. La *Loi* prévoit également la fouille, la saisie, la détention et la confiscation des produits de la criminalité relativement aux infractions liées aux drogues en intégrant des dispositions du *Code criminel* à cet égard.

Article 8 de la Charte – perquisitions sans mandat

L'article 8 de la Charte prévoit que chacun a droit à la protection contre les fouilles, les perquisitions ou les saisies abusives. Certaines décisions rendues ont trait à la question de savoir si les perquisitions sont des mesures raisonnables dans telle ou telle situation et à la question accessoire de savoir si les éléments de preuve ainsi obtenus peuvent être produits au procès. Comme nous le verrons plus en détail, une perquisition est généralement considérée comme raisonnable si elle est autorisée par la loi, si la loi elle-même est raisonnable et si la perquisition est effectuée de manière raisonnable.

L'article 8 protège le public contre les ingérences de l'État en vertu du principe de l'attente raisonnable en matière de vie privée. Lorsqu'il n'y a pas attente raisonnable en matière de vie privée, l'article 8 ne s'applique pas. Par ailleurs, une diminution de l'attente raisonnable en matière de vie privée (p. ex. dans les prisons ou aux frontières) abaisse le seuil du caractère raisonnable (p. ex. en justifiant l'absence de mandat ou en réduisant la norme applicable à la justification de la perquisition). Le domicile privé est le lieu où l'attente raisonnable en matière de vie privée est la plus élevée et pour lequel la protection constitutionnelle est également la plus élevée.

La *Charte* n'exige pas expressément que la police obtienne un mandat avant de procéder à une perquisition, mais la Cour suprême du Canada, dans l'affaire *Hunter c. Southam Inc.*, a établi la présomption qu'une perquisition sans mandat n'est pas raisonnable.²⁷ Règle générale, pour qu'une perquisition soit valide, la police doit obtenir une autorisation préalable (par exemple un mandat de perquisition) et invoquer des motifs raisonnables et probables pour justifier la demande, afin d'assurer une protection contre une ingérence de l'État non justifiée.

Il s'agit là de la règle générale, mais il y a des exceptions. On sait qu'il n'est pas toujours possible de demander une autorisation préalable. À l'égard de ces exceptions, les tribunaux exigent qu'un pouvoir de perquisition sans mandat soit prévu, par la loi ou la *common law*. Mais l'existence de ce pouvoir ne suffit pas, car les tribunaux l'évalueront également pour s'assurer qu'il est raisonnable. Définissant ce qui doit être considéré comme raisonnable, les tribunaux ont conclu que les perquisitions sans mandat doivent

²⁷ *Hunter (directeur des enquêtes et recherches) c. Southam Inc.* (1984) 14 C.C.C. (3d) 97 (C.S.C.).

généralement être autorisées « *seulement lorsqu'une situation d'urgence rend pratiquement impossible l'obtention d'un mandat* ». ²⁸ Dans *R. c. Grant*, la Cour a déclaré que :

« En résumé, l'article 10 peut valablement permettre d'effectuer une fouille, une perquisition ou une saisie sans mandat en cas de situation d'urgence qui rend pratiquement impossible l'obtention d'un mandat. On jugera généralement qu'il y a situation d'urgence s'il existe un risque imminent que les éléments de preuve soient perdus, enlevés, détruits ou qu'ils disparaissent si la fouille, la perquisition ou la saisie est retardée. La croyance que des éléments de preuve recherchés se trouvent à bord d'un véhicule à moteur, d'un navire, d'un aéronef ou de tout autre véhicule rapide créera souvent une situation d'urgence ; toutefois, il n'existe aucune exception générale pour ces moyens de transport. » ²⁹

Chaque cas est étudié au mérite, mais plus le degré d'urgence indiqué par la police dans les circonstances sera élevé, plus le tribunal aura tendance à considérer raisonnable la perquisition sans mandat.

Fouilles d'une personne

En dehors de quelques dispositions particulières comme celle que l'on trouve dans la LRDS, le droit pénal fédéral ne prévoit pas d'autorisation pour la fouille d'une personne. Ceci dit, la *common law* prévoit effectivement la fouille accessoire à une arrestation légale. Ce pouvoir de *common law* est une exception à la règle générale qui veut qu'une fouille soit précédée d'une autorisation pour être jugée raisonnable. C'est une exception fort importante, car la plupart des fouilles corporelles sont effectuées en vertu de ce pouvoir. Comme nous l'avons expliqué, la LRDS permet effectivement au policier qui exécute un mandat de perquisition en vertu de la *Loi* de fouiller les personnes présentes sur les lieux à certaines conditions.

En vertu de ce pouvoir prévu par la *common law*, une personne ne peut être fouillée qu'après avoir été arrêtée et seulement dans le but de trouver d'autres éléments de preuve relatifs aux accusations qui sont portées contre elle ou une arme ou un article quelconque qui lui permettrait de se sauver ou de commettre un acte de violence. Bien que la fouille accessoire à une arrestation soit un pouvoir assez large, il n'y a pas de droit automatique et illimité de fouiller accessoirement à une arrestation.

Le mode de fouille

Les tribunaux se sont montrés disposés à examiner de très près la manière dont la fouille d'une personne est effectuée. Par exemple, dans l'affaire *Collins*, une cause jugée en Colombie-Britannique, l'accusée était assise à un bar qui était censément fréquenté par des trafiquants d'héroïne et leurs clients. Elle avait été saisie par deux policiers : l'un d'eux l'avait prise par la gorge, la rendant à demi inconsciente, tandis que l'autre lui avait ouvert la bouche de force. Pendant ce temps, trois capsules d'héroïne s'étaient échappées de sa main droite. La Cour a estimé que les agents de police n'avaient pas,

²⁸ *R. c. Grant* (1993) 84 C.C.C. (3d) 173 (C.S.C.), page 188.

²⁹ *Ibid.*, page 189.

en l'espèce, de motifs raisonnables et probables de croire que l'accusée avait des narcotiques dans la bouche et elle a donc conclu que la fouille n'était pas légale. Elle a ajouté et conclu que l'admission en preuve de ces éléments porterait atteinte à la réputation de l'administration de la justice car cela reviendrait à couvrir et à permettre la perpétuation d'une conduite inacceptable de la part de la police. Cette décision a été confirmée en appel par la Cour suprême du Canada. Cela ne signifie pas qu'une « prise à la gorge » soit nécessairement toujours jugée inacceptable. Dans l'affaire *R. v. Garcia Guitierrez*³⁰, [Traduction] «une prise à la gorge avait permis d'empêcher que des éléments de preuve soient avalés et un coup de poing au plexus avait permis de contraindre le suspect à les cracher. Sous réserve d'une opinion dissidente vigoureusement formulée, la majorité de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique a conclu que la prise à la gorge en vue de préserver des éléments de preuve était acceptable dans les circonstances de l'espèce ».³¹

Les lois ou règles de *common law* autorisant la fouille de personnes ne disent généralement rien de la portée qu'elles supposent à la fouille en question. Comme nous l'avons vu précédemment, l'une des conditions d'une fouille jugée valable est qu'elle doit être effectuée de façon raisonnable. En ce qui a trait à la fouille d'une personne, le degré d'indiscrétion peut être tel que la fouille sera considérée comme abusive.

Analysant la question des fouilles corporelles aux frontières, la Cour suprême du Canada a distingué trois catégories de fouilles :

*« Il est, à mon avis, significatif que la jurisprudence et la doctrine semblent distinguer trois types de fouilles à la frontière. Premièrement, il y a l'interrogatoire de routine auquel est soumis chaque voyageur à un port d'entrée, lequel est suivi dans certains cas d'une fouille des bagages et peut-être même d'une fouille par palpation des vêtements extérieurs. Il n'y a rien d'infamant à être l'un des milliers de voyageurs qui font, chaque jour, l'objet de ce type de contrôle de routine à leur entrée au Canada et aucune question constitutionnelle n'est soulevée à cet égard. Il serait absurde de laisser entendre qu'une personne qui se trouve dans une telle situation est détenue au sens constitutionnel du terme et a le droit, en conséquence, d'être informée de son droit à l'assistance d'un avocat. Le second type de fouille effectuée à la frontière est la fouille à nu comme celle à laquelle a été soumise l'appelante en l'espèce. Cette fouille est effectuée dans une pièce fermée, après un examen secondaire et avec la permission d'un agent des douanes occupant un poste d'autorité. Le troisième type de fouille, celui qui comporte l'empiètement le plus poussé, est parfois appelé examen des cavités corporelles ; pour ce genre de fouille, les agents des douanes ont recours à des médecins, à des rayons X, à des émétiques, ainsi qu'à d'autres moyens comportant un empiètement des plus poussés. »*³²

Dans l'affaire *Simmons*, le juge en chef Dickson a ajouté que les différents types de fouille soulèvent des problèmes différents et des questions d'ordre constitutionnel entièrement différentes « *puisque'il est évident que plus l'empiètement sur la vie privée est important, plus sa justification et le degré de protection constitutionnelle accordée doivent être*

³⁰ (1991) 65 C.C.C. (3d) 15 (B.C.C.A.).

³¹ Fontana, J.A., (1997) *The Law of Search and Seizure in Canada*, 4e édition, Butterworths, page 396.

³² R. c. *Simmons*, (1988) 45 C.C.C. (3d) 296 (C.S.C.).

importants ». ³³ Cette perspective a été confirmée en 1999 par la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Monney* (discutée *infra*). Dans les deux cas, la question de la constitutionnalité de la troisième catégorie de fouille est restée sans réponse, tandis que les deux premières ont été jugées raisonnables en vertu de l'article 8, même si elles sont fondées sur le seul soupçon. Rappelons que ces causes ont trait aux fouilles effectuées aux frontières.

La Cour suprême du Canada a précisé ce qui suit concernant les fouilles sommaires accessoires à une arrestation :

« Jugeant l'intérêt public dans l'application efficace et sécuritaire de la loi à la lumière de l'intérêt public d'assurer le respect de la liberté et de la dignité des individus, j'estime que la fouille sommaire accessoire à une arrestation légale concilie ces deux impératifs en ce que l'intrusion minimale que représente la fouille est nécessaire pour assurer une saine administration de la justice criminelle. » ³⁴

Ainsi, lorsque la fouille d'une personne est justifiée, une fouille sommaire sera généralement jugée raisonnable car c'est probablement le mode de fouille le moins indiscret.

La question des fouilles à nu a été examinée dans *R. c. Flintoff*.³⁵ Dans cette affaire, un policier avait arrêté l'accusé sur la scène d'un accident pour conduite en état d'ébriété. L'accusé avait été soumis à une fouille à nu avant de passer l'alcootest, conformément à une politique générale de la police exigeant que tous les policiers procèdent à une fouille à nu de toutes les personnes placées en détention au poste, quelles que soient les circonstances de l'affaire ou la situation de la personne en question. La Cour a estimé que la fouille était abusive et qu'elle portait atteinte aux droits garantis par l'article 8 de la *Charte*. Elle a déclaré que la fouille à nu n'était pas justifiée en droit et qu'elle n'était pas accessoire à une arrestation, précisant que l'atteinte aux droits était « scandaleuse » et « flagrante » et qu'elle choquerait la population. Selon la Cour, la fouille à nu est [Traduction] « l'un des types de fouille les plus indiscrets et « l'un des modes les plus extrêmes de l'exercice du pouvoir de la police ». La police peut procéder à une fouille accessoirement à une arrestation, mais [Traduction] « le degré d'intrusion doit être raisonnable et justifié par un objectif valable, la sécurité par exemple ».

Dans l'arrêt *R. c. Golden*³⁶ la Cour Suprême revoit les questions entourant les fouilles dans les cas d'arrestation et la façon dont on peut procéder à une telle fouille. M. Golden a été arrêté suite à ce que la police considérait comme des transactions de stupéfiants dans un restaurant. Il a été amené vers un escalier où la police a descendu ses pantalons et ses sous-vêtements et remarqué un petit sachet de plastique transparent contenant une substance blanche au niveau de la région anale. La police a tenté de le récupérer, mais l'accusé a résisté. Il a été escorté au restaurant et les policiers ont

³³ *Ibid.*

³⁴ *Cloutier* (1990) 53 C.C.C. (3d) 257 (C.S.S.), pages 277-278.

³⁵ (1998) 126 C.C.C. (3d) 321 (Ont. C.A.).

³⁶ 2001 SCC 83.

demandé aux clients de quitter les lieux. Ils ont alors forcé l'accusé à se pencher sur une table et descendu ses pantalons et son sous-vêtement. Il a continué de résister aux tentatives de la police visant à récupérer le sachet de plastique et a accidentellement défecté – ce qui n'a pas libéré le sachet de plastique. Les policiers ont pris une paire de gants de caoutchouc servant à laver la vaisselle et retiré le sachet alors que l'accusé reposait face contre le sol. On a procédé à nouveau à une fouille à nu de l'accusé au poste de police. Voici ce que la Cour suprême a déclaré concernant les fouilles à nu :

« Alors que le répondant et les intervenants de la Couronne ont tenté de réduire le caractère intrusif des fouilles à nu, nous considérons qu'elles représentent sans aucun doute une atteinte flagrante à la vie privée et qu'elles constituent souvent une expérience humiliante, dégradante et traumatisante pour l'individu qui en fait l'objet. On peut clairement réduire les effets négatifs de la façon dont on procède aux fouilles à nu, mais même la façon la plus sensible de procéder à ces fouilles est très indiscrete. De plus, nous croyons qu'il est important de noter les présentations de l'ALC et de l'ALST à l'effet que les Afro-canadiens et les peuples autochtones sont surreprésentés dans le système de justice pénale et, par conséquent, qu'ils sont susceptibles de représenter une part disproportionnée des gens que la police arrête et qu'on soumet à des fouilles personnelles, incluant des fouilles à nu... Ainsi, on se doit d'élaborer un cadre approprié afin de régir les fouilles à nu pour empêcher ces fouilles inutiles et injustifiées avant qu'elles ne se produisent. »³⁷

Dans *Golden*, la Cour suprême du Canada a observé que la Couronne n'avait pas démontré que la fouille à nu de l'appelant avait été effectuée de façon raisonnable. Elle a soutenu que la preuve n'avait pas établi que cette situation justifiait une fouille à nu à l'extérieur du poste de police, surtout que le poste n'était situé qu'à deux minutes. La Cour a donc conclu qu'il ne s'agissait pas d'un cas impliquant un besoin urgent et essentiel de procéder à une fouille à nu «sur le terrain» dans le but de préserver la preuve.

La Cour suprême a également mis en garde contre le recours à la force lors des fouilles :

« Nous rejetons tout particulièrement la suggestion à l'effet que l'absence de coopération et la résistance de la personne arrêtée autorise la police à adopter un comportement ignorant ou compromettant son intégrité et sa sécurité physiques et psychologiques. Si on ne s'en tient pas à l'approche générale articulée dans ce cas, il n'est aucunement nécessaire qu'on collabore à cette violation de la Charte des droits. Tout recours à la force ou à la violence doit être nécessaire et proportionnel dans chaque circonstance particulière. Dans ce cas, le refus de l'appelant de remettre la preuve ne justifie ou n'atténue aucunement le fait qu'on ait mené la fouille dans un endroit public et d'une façon méprisant considérablement sa dignité et son intégrité physique, et ce, malgré l'absence de raisons raisonnables et probables ou de circonstances exigeantes. »³⁸

³⁷ *Ibid.*, para. 83.

³⁸ *Ibid.*, para. 116.

Le cas *Golden* est important en ce sens que la Cour suprême a adopté un «cadre devant permettre à la police de décider de la meilleure façon de procéder à une fouille à nu pour que l'arrestation se déroule conformément à la *Charte*. » Ce cadre doit inclure les questions suivantes :

1. *La fouille à nu peut-elle avoir lieu au poste de police et, sinon, pourquoi pas ?*
2. *La fouille à nu se déroulera-t-elle de façon à assurer la santé et la sécurité de toutes les personnes concernées ?*
3. *La fouille à nu sera-t-elle autorisée par un agent de police jouissant d'un pouvoir de surveillance ?*
4. *S'est-on assuré que le ou les agents de police procédant à la fouille à nu soient du même sexe que l'individu subissant cette fouille ?*
5. *Le nombre d'agents de police impliqués dans la fouille ne sera-t-il que le minimum nécessaire dans les circonstances ?*
6. *Quelle est la force minimale qu'on doit employer pour procéder à la fouille à nu ?*
7. *Procédera-t-on à la fouille à nu dans un endroit privé de façon à ce que personne autre que les individus y prenant part ne puissent l'observer ?*
8. *La fouille à nu se déroulera-t-elle le plus rapidement possible et de façon à assurer que la personne ne soit en aucun temps complètement nue ?*
9. *La fouille à nu ne consistera-t-elle que dans une inspection visuelle des organes génitaux et de la région anale de la personne arrêtée sans qu'il n'y ait de contact physique ?*
10. *Si l'inspection visuelle révèle la présence d'une arme ou de tout autre élément de preuve dans une cavité corporelle (excluant la bouche), donnera-t-on au détenu le choix de retirer lui-même l'objet ou de le faire enlever par un professionnel formé dans le domaine médical ?*
11. *Rédigera-t-on un rapport adéquat des raisons pour lesquelles on a procédé à une fouille à nu et de la façon dont celle-ci s'est déroulée ?*

Étant donné la nature des infractions liées aux drogues et le fait que ces substances sont plus faciles à dissimuler, il semblerait que des fouilles plus indiscretes puissent être permises. Les tribunaux sont assurément conscients des tactiques employées par les contrevenants pour dissimuler des drogues et ils peuvent être plus disposés à autoriser la police à agir d'une façon qui, dans d'autres circonstances, ne serait pas jugée acceptable. Il est clair cependant, d'après les décisions rendues par les tribunaux, que plus la fouille est indiscreta, plus elle doit être justifiée et plus la protection constitutionnelle joue.

Écoles

Dans *R. c. M. (M.R.)*,³⁹ une majorité de la Cour suprême du Canada a également statué que l'attente raisonnable en matière de vie privée est « beaucoup moindre » pour les élèves à l'école parce que les autorités scolaires ont la responsabilité « de procurer un environnement sûr et de maintenir l'ordre et la discipline dans l'école ». Les autorités scolaires (pas la police) peuvent procéder à des fouilles sans mandat : il leur suffit d'avoir des motifs raisonnables de croire certains faits (et non des motifs raisonnables et probables). Ces

³⁹ [1998] 3 R.C.S. 393.

autorités ne doivent cependant pas être des agents de police. La Cour a ajouté que les élèves doivent savoir que *« cela peut parfois commander la fouille d'élèves et de leurs effets personnels de même que la saisie d'articles interdits »*. En conclusion, la Cour a déclaré que la saisie de marijuana sur un élève fouillé au cours d'une danse à l'école n'enfreignait pas ses droits aux termes de l'article 8 de la *Charte*. Bien qu'elle ait établi les paramètres applicables aux fouilles raisonnables sans mandat dans ces circonstances, rappelons que la majorité a expressément limité ses conclusions au contexte des écoles primaires et secondaires et qu'il *« n'a pas été question »* des collèges et des universités.

Frontières

Les fouilles effectuées par les douaniers à la frontière sont un exemple de réduction des garanties constitutionnelles pour lesquelles les tribunaux considèrent qu'il y a une moindre attente en matière de vie privée en raison du contexte. Dans ce cas, les normes énoncées dans l'affaire *Hunter* peuvent ne pas s'appliquer.

L'article 98 de la *Loi sur les douanes*⁴⁰ permet aux douaniers de fouiller, dans un délai raisonnable, une personne qui vient d'arriver au Canada ou qui est sur le point de le quitter s'il a des motifs raisonnables de soupçonner qu'elle dissimule des articles illégaux sur elle. La Cour suprême du Canada a interprété cette norme du point de vue du soupçon raisonnable et non de la norme plus élevée des motifs raisonnables.⁴¹ Toute personne sur le point d'être fouillée peut demander à voir un agent supérieur qui décidera si la fouille doit avoir lieu.⁴²

Dans l'affaire *R. c. Simmons*⁴³, l'accusée avait été tenue de se soumettre à une fouille à nu parce qu'un douanier était convaincu qu'elle transportait des articles de contrebande. La décision de la Cour a confirmé le droit du Canada, à titre d'État souverain, de contrôler qui et ce qui traverse ses frontières. Le pouvoir de fouille en question ne remplissait pas les critères énoncés dans l'affaire *Hunter* (p. ex. autorisation préalable et motifs raisonnables), mais la Cour n'en a pas moins déclaré ce qui suit :

« J'accepte la proposition de la poursuite que les attentes raisonnables en matière de vie privée sont moindres aux douanes que dans la plupart des autres situations. En effet, les gens ne s'attendent pas à traverser les frontières internationales sans faire l'objet d'une vérification. Il est communément reconnu que les États souverains ont le droit de contrôler à la fois les personnes et les effets qui entrent dans leur territoire. On s'attend à ce que l'État joue ce rôle pour le bien-être général de la nation. Or, s'il était incapable d'établir que tous ceux qui cherchent à traverser ses frontières ainsi que leurs effets peuvent légalement pénétrer dans son territoire, l'État ne pourrait pas remplir cette fonction éminemment importante. Conséquemment, les voyageurs qui cherchent à traverser des frontières internationales s'attendent parfaitement à faire l'objet d'un processus d'examen. Ce processus se caractérise par la production des pièces d'identité et des documents de voyage requis, et il implique une fouille qui commence

⁴⁰ S.C. 1986 ch.6.

⁴¹ *R. c. Monney*, (1999) 133 C.C.C. 129 (C.S.C.).

⁴² La *Loi sur les douanes* comporte également d'autres dispositions relatives aux pouvoirs des douaniers. Il n'en est pas question ici.

⁴³ (1988) 45 C.C.C. 296 (C.S.C.).

par la déclaration de tous les effets apportés dans le pays concerné. L'examen des bagages et des personnes est un aspect accepté du processus de fouille lorsqu'il existe des motifs de soupçonner qu'une personne a fait une fausse déclaration et transporte avec elle des effets prohibés.

À mon sens, l'interrogatoire de routine auquel procèdent les agents des douanes, l'examen des bagages, la fouille par palpation et la nécessité de retirer en privé suffisamment de vêtements pour permettre l'examen des renflements corporels suspects, qui sont autorisés par les rédacteurs des articles 143 et 144 de la Loi sur les douanes, ne sont pas abusifs au sens de l'article 8. En vertu de la Loi sur les douanes, les fouilles personnelles ne sont pas systématiques, elles sont effectuées seulement lorsque les agents des douanes ont raisonnablement lieu de supposer qu'une personne cache sur elle de la contrebande. La décision de procéder à une fouille peut faire l'objet d'une révision à la demande de la personne qui doit être fouillée. Bien qu'à certains égards les fouilles personnelles puissent être gênantes, elles sont effectuées en privé dans des pièces destinées à cette fin, par des agents du même sexe que la personne fouillée. Dans ces conditions, exiger d'une personne qu'elle retire des vêtements jusqu'à ce que la présence ou l'absence d'objets cachés puisse être établie, ce n'est pas attenter à son intégrité physique d'une façon qui puisse être considérée abusive au sens de l'article 8 de la Charte.

Je souligne également que selon les articles en question : (i) avant qu'une personne puisse être fouillée, le préposé ou la personne qui effectue la fouille doit avoir raisonnablement lieu de supposer que la personne qui subit cette fouille peut avoir, cachés sur elle, des effets sujets à déclaration en douane, ou des articles prohibés, et (ii) avant qu'une personne puisse être fouillée, elle a la faculté d'exiger que le préposé la conduise devant un magistrat de police, ou un juge de paix, ou devant le receveur ou le préposé en chef du port ou lieu. Si l'un ou l'autre des susdits constate qu'il n'y a pas de motifs plausibles d'effectuer une fouille, il renvoie cette personne.

Vu les problèmes que pose la répression du trafic illégal des stupéfiants et l'intérêt important qu'a le gouvernement à appliquer nos lois douanières, et étant donné que les attentes en matière de vie privée des gens sont moindres lorsqu'il s'agit de passer une frontière, j'estime que les articles 143 et 144 de la Loi sur les douanes ne sont pas incompatibles avec l'article 8 de la Charte. »⁴⁴

Il convient de noter, aux fins de nos travaux, que la Cour a mentionné les problèmes que soulève le contrôle du trafic des drogues illicites comme facteur d'évaluation du caractère raisonnable de la fouille en vertu de l'article 8 de la *Charte*.

Le fait que l'attente de respect de la vie privée soit moindre aux douanes ne réduit cependant pas l'obligation des autorités de l'État de respecter la *Charte*, même si les motifs qui déclenchent la fouille sont raisonnables et que des drogues sont découvertes durant la fouille. Avant toute fouille, les inspecteurs doivent expliquer clairement au sujet les droits qui sont les siens aux termes de la *Charte*, notamment le droit de consulter un avocat, et son droit de faire examiner la demande de fouille avant de s'y soumettre, comme le prévoit la *Loi sur les douanes*. Dans l'affaire *Simmons*, la suspecte avait été laissée dans l'ignorance de sa situation juridique puisqu'on ne l'avait pas correctement informée de ces droits. La Cour suprême du Canada a donc conclu que la

⁴⁴ *Ibid.*, pages 320-321.

fouille n'était pas raisonnable. Les éléments de preuve n'ont cependant pas été exclus puisque les douaniers avaient agi de bonne foi.

La Cour suprême du Canada a déclaré que l'article 98 de la *Loi sur les douanes*, qui autorise les fouilles en vue de découvrir des articles de contrebande «dissimulés sur ou près» de la personne, s'applique aux articles de contrebande qu'un voyageur a ingérés. Dans l'affaire *R. c. Monney*⁴⁵, la Cour a conclu qu'un douanier qui a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un article de contrebande a été ingéré est autorisé par la *Loi* à détenir le voyageur dans une «salle d'évacuation des drogues» jusqu'à ce que le soupçon puisse être confirmé ou dissipé. Ce type d'intervention revient à une fouille au sens de l'article 8 de la *Charte*, mais la Cour a confirmé que «les attentes raisonnables en matière de vie privée sont moindres aux douanes que dans la plupart des autres situations» et que la fouille en question n'était pas «abusive» en l'occurrence.

La Cour a bien précisé que les différents degrés d'ingérence suscitent des questions d'ordre constitutionnel différentes (p. ex. celle de l'exigence d'une norme supérieure au soupçon raisonnable). Elle a formulé l'avis suivant : «[...] *le risque d'atteinte par l'État à l'intégrité physique d'une personne à l'occasion de fouilles relevant de la troisième catégorie commande le respect de normes de justification constitutionnelle strictes*». ⁴⁶

On voit que les tribunaux appliquent une norme de protection constitutionnelle inférieure dans le cas des fouilles effectuées aux frontières. Comme l'a déclaré la Cour dans l'affaire *Monney*, «les arrêts de notre Cour portant sur le caractère raisonnable d'une fouille ou d'une perquisition pour l'application de l'article 8 en général ne sont pas nécessairement pertinents pour l'appréciation de la constitutionnalité d'une fouille effectuée par des agents des douanes aux frontières canadiennes». ⁴⁷

Surveillance électronique

Comme les infractions liées aux drogues sont consensuelles, la police recourt souvent à des techniques spéciales pour faire enquête sur ce genre de crime, parmi lesquelles figure la surveillance électronique. La Cour suprême a statué que la surveillance électronique constitue une fouille aux fins de l'article 8 de la *Charte*, et ses décisions dans ce secteur ont eu un effet considérable sur les dispositions du *Code criminel* visant de telles techniques. Comme la surveillance électronique est une ingérence plus large dans la vie privée que les perquisitions ordinaires, la loi prévoit des garanties procédurales plus serrées. L'interception clandestine est souvent employée en cas d'infraction liée aux drogues, mais elle peut également l'être dans beaucoup d'autres circonstances où des infractions graves au *Code* et à d'autres lois fédérales sont commises. ⁴⁸ Le *Rapport annuel sur la surveillance électronique* publié par le Solliciteur général en 1998 indique ce qui suit au sujet de l'importance de la surveillance électronique comme instrument d'enquête :

⁴⁵ (1999) 133 C.C.C. 129 (C.S.C.).

⁴⁶ *Ibid.*, page 152.

⁴⁷ *Ibid.*, page 151.

⁴⁸ Voir le *Code criminel*, article 183.

« La surveillance électronique est essentielle à la lutte contre le crime organisé, surtout en ce qui concerne le trafic de drogues. Pour réduire l'importation et la distribution de drogues illicites au Canada, les organismes d'application de la loi comptent beaucoup sur l'interception des communications privées. Il est indiqué à la section III du présent rapport que la majorité des autorisations accordées par les tribunaux permettent l'utilisation de la surveillance électronique dans les cas de trafic de substances réglementées. Comme par les années antérieures, nombre de ces autorisations étaient liées à des complots criminels, des crimes qui posent des difficultés à la police lorsqu'il s'agit de les dépister, de faire enquête et de les résoudre.

[...]L'utilisation de la surveillance électronique a permis la saisie de grandes quantités de drogues au Canada. Elle a aussi permis de réduire la disponibilité de drogues dans la rue et dans les collectivités et d'aider à la prévention du crime organisé lié à l'abus de drogue. Sans cet outil essentiel, la capacité des organismes d'application de la loi de prévenir le crime et les dommages sociaux qui s'ensuivent serait considérablement restreinte. »

Il est clair que la surveillance électronique est un instrument d'enquête efficace, mais c'est aussi une sérieuse infraction au droit à la vie privée. Voici ce qu'a déclaré la Cour suprême du Canada à cet égard :

*« La surveillance électronique est à ce point efficace qu'elle rend possible, en l'absence de réglementation, l'anéantissement de tout espoir que nos communications restent privées. Une société nous exposant, au gré de l'État, au risque qu'un enregistrement électronique permanent soit fait de nos propos chaque fois que nous ouvrons la bouche, disposerait peut-être d'excellents moyens de combattre le crime, mais serait une société où la notion de vie privée serait vide de sens. Comme le dit le juge Douglas, dissident dans l'affaire *United States v. White*, précitée, à la p. 756 : [Traduction] « La surveillance électronique est le pire destructeur de la vie privée ». S'il est permis à l'État d'enregistrer et de transmettre arbitrairement nos communications privées, il devient dès lors impossible de trouver un juste équilibre entre le droit du particulier d'être laissé tranquille et le droit de l'État de porter atteinte à la vie privée dans la poursuite de ses objets, notamment la nécessité d'enquêter sur le crime et de le combattre.*

Ce n'est pas nier qu'il est d'importance vitale pour les organismes chargés de l'application des lois d'être en mesure de recourir à la surveillance électronique dans leurs enquêtes sur le crime. La surveillance électronique joue un rôle indispensable dans la découverte d'opérations criminelles complexes. Son utilité dans les enquêtes en matière de stupéfiants, par exemple, a été maintes fois confirmée. Mais, pour les raisons déjà évoquées, il est inadmissible dans une société libre que les organes de l'État puissent se servir de cette technologie à leur seule discrétion. Le péril pour la vie privée serait tout à fait inacceptable. »⁴⁹

Comme la surveillance électronique est une ingérence plus large dans la vie privée que les perquisitions ordinaires, la loi prévoit des garanties procédurales plus serrées. Des règles semblables s'appliquent à la surveillance vidéo.

⁴⁹ R. c. *Duarte*, (1990) 53 C.C.C. (3d) 1 (C.S.C.) page 11.

Les décisions que la Cour suprême du Canada a rendues le 25 janvier 1990 dans les affaires *Duarte* et *Wiggins* ont eu un effet important sur les méthodes de maintien de l'ordre, notamment sur les opérations d'infiltration associées aux infractions liées aux drogues et à la moralité. Dans l'affaire *Duarte*⁵⁰, la Cour a confirmé que la surveillance électronique constitue une perquisition et saisie au sens de l'article 8. Cela n'est cependant le cas que lorsqu'il existe une attente raisonnable en matière de vie privée. La Cour a déclaré que la surveillance électronique non autorisée et l'interception « *de communications privées, par un organe de l'État, avec le consentement de l'auteur de la communication ou de la personne à laquelle il la destine, sans autorisation judiciaire préalable, constitue[nt] une atteinte aux droits et libertés garantis par l'article 8* ». Jusque-là, il était légal pour la police d'intercepter ce genre de communication pourvu que l'une des parties y consente. Il est désormais nécessaire qu'un juge autorise ce genre d'interception de la même façon que l'interception d'une conversation complètement privée (mise sur écoute) lorsqu'aucune des parties n'a donné son consentement préalable. La Cour a également exigé qu'il y ait des motifs raisonnables et probables, faisant l'objet d'une assermentation de l'agent en question, de croire qu'il existe à l'endroit que l'on veut perquisitionner des éléments de preuve d'une infraction. Le soupçon ne suffit pas.

Dans *Duarte*, la Cour suprême du Canada a déclaré que « l'article 8 vise d'abord et avant tout à assurer le respect de la vie privée », qu'elle définit comme étant « *le droit du particulier de déterminer lui-même quand, comment et dans quelle mesure il diffusera des renseignements personnels* ». En conséquence, « on peut difficilement concevoir une activité de l'État qui soit plus dangereuse pour la vie privée des particuliers que la surveillance électronique et qui, en conséquence, doive être plus directement visée par la protection de l'article 8 ». La Cour a estimé qu'elle ne pouvait plus permettre que la police « *à son entière discrétion [...] enregistre et transmette nos propos* » sans autorisation judiciaire préalable, parce que cette pratique policière largement répandue représente un « *danger insidieux* » pour « *la marque certaine d'une société libre* », à savoir « *la liberté de ne pas être obligés de partager nos confidences avec autrui* ». Dans l'affaire *Wiggins*⁵¹, l'emploi de « micro-émetteurs de poche » par la police a également été jugé contraire à la *Constitution* pour les motifs exposés dans l'affaire *Duarte*. L'arrêt *Duarte* démontre bien que, même si la conduite de la police est autorisée par la loi, cela ne signifie pas qu'elle est raisonnable au regard de l'article 8. Le *Code* a depuis été modifié : il prévoit désormais l'autorisation préalable des interceptions avec consentement.

En ce qui concerne les interceptions clandestines, le juge doit s'assurer 1) que c'est dans l'intérêt de l'administration de la justice et 2) que d'autres procédures d'enquête a) ont été tentées en vain ou b) ne sont pas susceptibles d'être fructueuses ou c) que la situation est urgente. En 2000, dans l'affaire *R. c. Araujo*⁵², la Cour suprême du Canada a interprété la deuxième condition énoncée dans la loi. Elle a précisé que la norme,

⁵⁰ (1990) 53 C.C.C. (3d) 1 (C.S.C.).

⁵¹ [1990] 1 R.C.S. 30.

⁵² (2000) C.S.C. 65.

dans le cas du point b), ne relève pas de «l'efficacité», mais de la «nécessité». Le critère est le suivant : il ne doit pas y avoir, pratiquement parlant, d'autre mode d'enquête valable possible dans les circonstances de ladite enquête judiciaire.

Article 24

Le paragraphe 24(1) de la *Charte* prévoit un recours pour les accusés dont les droits selon la *Charte* ont été enfreints ou violés : ils peuvent s'adresser à un «tribunal compétent» pour obtenir la réparation «convenable et juste». Le paragraphe 24(2) permet aux tribunaux d'exclure des éléments de preuve obtenus dans des conditions enfreignant ou violant les droits garantis par la *Charte* si leur admission «est susceptible de déconsidérer l'administration de la justice». Les trois principaux facteurs à prendre en considération sont les suivants : a) «L'admission des éléments de preuve compromet-elle l'équité du procès? b) Quelle est la gravité de l'infraction à la *Charte*? c) Quel serait l'effet de l'exclusion des éléments de preuve sur la réputation du système de justice?».

Certains critiquent la façon dont ces facteurs sont appliqués aux infractions liées aux drogues. Don Stuart, par exemple, estime ce qui suit :

«L'impression que laissent ces récentes décisions de la Cour suprême et de la Cour d'appel de l'Ontario, notamment dans les affaires de drogues, est que ces tribunaux semblent généralement déterminés à ne pas exclure d'éléments de preuve réels obtenus en violation de l'article 8. Ces tribunaux ont tendance à engrener la rhétorique relative au troisième facteur de l'affaire Collins au sujet de la gravité du délit et de l'effet de l'exclusion des éléments de preuve fiables sur la réputation du système si cela devait entraîner un non-lieu. S'il s'agit là de la principale raison de l'admission des éléments de preuve, il faut y voir une ironie et une incohérence eu égard à la perspective adoptée dans l'affaire Stillman, au sens où la gravité du délit et la fiabilité des éléments de preuve ne sont pas des facteurs pertinents lorsque les éléments de preuve compromettent l'équité du procès. Au Canada, les procès au criminel en vertu de la Charte n'ont plus seulement trait à la détermination de la culpabilité ou de l'innocence de l'accusé, et c'est trahir la Charte que de préconiser un retour à la période antérieure à la Charte, lorsque la conduite de la police n'était pas un facteur important. La répugnance particulière que l'on éprouve à l'égard des infractions liées aux drogues a bien pu influencer sur la réflexion associée au deuxième facteur de l'affaire Collins, de sorte que la gravité de l'infraction à la Charte est indûment sous-estimée. Les tribunaux, qui sont les gardiens de la Charte, doivent se placer au-dessus de la lutte antidrogues. Cette catégorie d'infractions n'exige pas de normes spéciales ou moindres du point de vue de la Charte.»⁵³

La décision d'exclure des éléments de preuve peut être importante ; si les tribunaux hésitent à exclure les éléments de preuve, ils risquent de faire passer un message ambigu : les policiers seront reconnus coupables d'avoir enfreint les droits d'une personne selon la *Charte*, mais ils n'auront guère de raisons de respecter les limites

⁵³ Stuart, D., (1999) «The Unfortunate Dilution of Section 8 Protection», *Queens Law Journal*, volume 25, numéro 1, page 68.

imposées par les tribunaux s'il n'y a pas de conséquences négatives à leur conduite, c'est-à-dire si les éléments de preuve ne sont pas exclus.

La provocation policière et les activités illégales

La provocation policière et les activités illégales de la police relèvent toutes deux de la doctrine de l'abus de procédure.

Provocation policière

Dans certains cas, la police a recours à des indicateurs (y compris des indicateurs rémunérés) ou à des agents d'infiltration pour obtenir de l'information sur les délits. Dans le cas des infractions consensuelles, comme celles qui ont trait aux drogues, l'infiltration d'un groupe et la personification d'un participant consensuel sont souvent le seul moyen d'obtenir des éléments de preuve. Il s'agit généralement d'observer un suspect et, dans certains cas, de lui donner l'occasion de commettre une infraction. La police doit s'assurer que l'indicateur ou l'agent d'infiltration ne vont pas trop loin. Lorsque les actions de la police sont excessives, l'accusé peut tenter d'invoquer la doctrine de la provocation policière. Les tactiques employées par la police pour donner à quelqu'un l'occasion de commettre une infraction et les activités illégales de la police ne sont pas limitées au domaine des drogues, mais on peut dire que ces tactiques sont plus particulièrement employées dans le cadre des enquêtes sur ce type d'infraction.

La principale décision concernant la provocation policière est l'affaire *R. c. Mack* qui a été jugée par la Cour suprême du Canada.⁵⁴ Le juge Lamer (selon son titre d'alors) avait rendu le jugement unanime de la Cour suprême du Canada. Il avait expliqué que la provocation policière n'est pas un moyen de défense au fond (comme la nécessité ou la contrainte) et il avait précisé que la logique de ce moyen de défense n'est pas l'absence de culpabilité de l'accusé (puisque les éléments généraux du délit sont généralement présents). Il s'agit plutôt de la nécessité pour la Cour de préserver «l'intégrité de l'administration de la justice» et d'éviter l'abus de procédure judiciaire. La provocation policière relève donc de la doctrine de *common law* de l'abus de procédure. Selon le juge Lamer, il y a provocation policière lorsque la police dépasse les limites acceptables. C'est le cas dans les circonstances suivantes :

- ❖ Les autorités fournissent à une personne l'occasion de commettre une infraction sans pouvoir raisonnablement soupçonner que cette personne est déjà engagée dans une activité criminelle, ni se fonder sur une véritable enquête ; ou
- ❖ Quoi qu'elles aient ce doute raisonnable ou qu'elles agissent au cours d'une véritable enquête, les autorités font plus que fournir une occasion et incitent à perpétrer une infraction.

⁵⁴ (1988) 44 C.C.C. (3d) 513 (C.S.C.).

Pour prouver la provocation policière, il suffit à l'accusé de prouver que l'un ou l'autre de ces critères est rempli.

D'après les directives énoncées par la Cour suprême du Canada, les policiers sont tenus de soupçonner raisonnablement que l'accusé est déjà engagé dans des activités criminelles ou doivent agir dans le cadre d'une véritable enquête. L'exigence du soupçon raisonnable a pour raison le « *danger que [la police] n'entraîne des gens qui autrement n'auraient été impliqués dans aucun crime, et [le fait] qu'on ne doit pas avoir recours à la force policière simplement pour éprouver au hasard la vertu des gens* ». ⁵⁵

Pour déterminer si la police est allée au-delà d'une offre, le tribunal évaluera la liste non exhaustive de facteurs suivants :

- ❖ Le genre de crime qui fait l'objet de l'investigation et la disponibilité d'autres techniques pour la détection par la police de sa perpétration ;
- ❖ Si l'individu moyen, avec ses points forts et ses faiblesses, dans la situation de l'inculpé, aurait été incité à commettre un crime ;
- ❖ La persistance et le nombre de tentatives faites par la police avant que l'inculpé n'accepte de commettre une infraction ;
- ❖ Le genre d'incitations utilisées par la police, y inclus la tromperie, la fraude, la supercherie ou la récompense ;
- ❖ Le moment où se situe la démarche de la police, en particulier si la police a déjà fait enquête au sujet de l'infraction ou si elle intervient alors que l'activité criminelle est en cours ;
- ❖ Si la démarche de la police présuppose l'exploitation d'émotions humaines, telles la compassion, la sympathie et l'amitié ;
- ❖ Si la police paraît avoir exploité une vulnérabilité particulière d'une personne, comme un handicap mental ou l'accoutumance à une substance particulière ;

⁵⁵ *Ibid.*, page 560.

- ❖ La proportionnalité de l'implication de la police, comparée à celle de l'inculpé, y compris une évaluation du degré du dommage causé ou risqué par la police, en comparaison de celui de l'inculpé, et la perpétration de tout acte illégal par les policiers eux-mêmes ;
- ❖ L'existence de menaces, tacites ou expresse, proférées envers l'inculpé par la police ou ses agents ;
- ❖ Si la conduite de la police cherche à saper d'autres valeurs constitutionnelles.⁵⁶

La Cour suprême du Canada a ajouté que l'allégation de provocation policière est très grave et qu'il convient de laisser à l'État un large pouvoir pour élaborer des techniques propices à la lutte contre la criminalité dans la société. Ce n'est que lorsque la police et ses agents adoptent des comportements contraires aux valeurs fondamentales de la collectivité que la doctrine de la provocation policière doit être invoquée. La Cour a précisé qu'une suspension de l'instance ne doit être décidée que dans « *les cas les plus manifestes* ». ⁵⁷

Dans l'affaire *Mack*, la Cour a précisé que, en matière d'infractions liées au trafic de drogues, l'État doit disposer de beaucoup de latitude. Ce type de délit « *ne se prête pas au mécanisme traditionnel d'enquête policière* ». La Cour a ajouté qu'il s'agit d'un « *crime aux conséquences sociales énormes, qui cause un dommage considérable à la société en général* » et que « *ce facteur, à lui seul, est des plus critiques* ». ⁵⁸

La Cour suprême a déclaré dans l'affaire *Mack* que la mise à l'épreuve aléatoire de la vertu des gens n'est pas une chose permise car elle risque d'inciter des innocents à commettre une infraction, mais elle fait une exception à l'exigence du soupçon raisonnable à l'égard de la personne incriminée dans le cas d'une véritable enquête portant sur un secteur où l'on a des motifs raisonnables de soupçonner l'existence d'activités criminelles.

Il est clair que cette exception peut s'appliquer aux lieux connus de trafic de drogues. L'affaire *R. c. Barne* ⁵⁹ en est un exemple : le suspect avait été accusé d'un certain nombre d'infractions, dont le trafic de cannabis. Un agent infiltré avait approché l'accusé et son ami parce qu'ils correspondaient généralement au portrait de gens susceptibles de posséder et de vendre de la drogue. Après une brève conversation, l'accusé avait accepté de vendre du hachisch à l'agent infiltré. L'endroit où avait eu lieu l'arrestation (une allée piétonnière de six pâtés de maison) était une zone bien connue de trafic de drogues, et la police y avait effectué ce qu'on appelle des « achats bidons ». Pour se défendre, l'accusé avait invoqué la provocation policière.

La Cour suprême du Canada a rappelé les conditions dans lesquelles il y a provocation policière. Comme, en l'espèce, la police n'avait pas de soupçon

⁵⁶ *Ibid.*, page 560.

⁵⁷ *Ibid.*, page 567.

⁵⁸ *Ibid.*, page 69.

⁵⁹ (1991) 66 C.C.C. (3d) 1 (C.S.C.).

raisonnable concernant la participation de l'accusé à des activités illicites liées aux drogues, la conduite de la police équivaldrait à de la provocation à moins que son stratagème fasse partie d'une enquête en bonne et due forme. Ainsi, bien que la règle de base veuille que la police n'offre la possibilité de commettre une infraction qu'à un suspect dont elle soupçonne de façon raisonnable qu'il est déjà engagé dans des activités criminelles, il y a exception si cette conduite entre dans le cadre d'une enquête en bonne et due forme portant sur un secteur où l'on a des raisons de soupçonner l'existence d'activités criminelles. Si l'endroit est défini avec « suffisamment de précision », la police peut offrir à n'importe quelle personne associée à ce secteur l'occasion de commettre l'infraction en question. Dans ce cas, la conduite de la police ne serait pas considérée comme une mise à l'épreuve aléatoire de la vertu des gens.

En résumé, les principaux enjeux de la provocation policière sont les suivants : la police avait-elle des motifs ou des soupçons valables justifiant sa décision de viser tel suspect ou agissait-elle dans le cadre d'une enquête en bonne et due forme? De plus, même si le premier critère est rempli, il faut se demander si la police a fait plus qu'offrir une occasion en déterminant si les tactiques employées auraient incité une personne ordinaire à commettre une infraction. Rappelons, cependant, que, en ce qui a trait à la provocation policière, [Traduction] « *les situations factuelles peuvent varier énormément, et c'est pourquoi, bien que des principes généraux commencent à émerger, leur application n'est pas toujours évidente et risque de donner lieu à des désaccords* ». ⁶⁰ Les tribunaux estiment que chaque cas doit être évalué isolément, ce qui complique la tâche de fournir des règles plus précises au sujet de la conduite de la police.

Activités illégales

Comme nous l'avons vu, à mesure que les contrevenants deviennent plus subtils, la police adopte de nouveaux instruments d'enquête pour tenter de suivre cette évolution (y compris les cas où des policiers enfreignent la loi dans l'exercice de leurs fonctions). C'est le cas, par exemple, dans les enquêtes relatives aux drogues, lorsque la police se livre à des activités comme les opérations « d'achat bidon » et les opérations de vente surveillée par l'intermédiaire d'agents d'infiltration. Le recours à des activités policières illégales pour lutter contre le crime soulève la question de savoir si ce genre de conduite donne lieu à un abus de procédure tel qu'un sursis de l'instance sera accordé. La Cour suprême du Canada a déclaré que les activités policières illégales ne représentent pas nécessairement un abus de procédure. La légalité des actions de la police n'est qu'un des facteurs à envisager, « *quoiqu'[il soit] important* ». La question des activités policières illégales est importante, mais elle a moins d'importance dans le cas de l'application de la loi en matière de drogues. La raison en est que la loi en matière de

⁶⁰ Mewett, A.W. et S. Nakatsuru, (2000) *An Introduction to the Criminal Process in Canada*, 4^e édition, Carswell, page 180.

drogues prévoit l'immunité des policiers pour des activités comme les opérations « d'achat bidon » et les opérations de vente surveillée par un agent d'infiltration.⁶¹

La principale cause relative aux activités illégales de la police est l'affaire *R. c. Campbell*.⁶² La police avait procédé en l'espèce à une vente surveillée par l'intermédiaire d'agents infiltrés se faisant passer pour des distributeurs de grande envergue. Les accusés avaient fait valoir que la conduite de la police était illégale puisqu'elle s'était engagée elle-même dans le trafic de drogues (la LRDS et l'exemption qu'elle prévoit n'avaient pas encore été adoptées). Ils avaient ajouté que cela constituait un abus de procédure.

Selon la Cour suprême du Canada, la police n'était pas exempte de responsabilité pénale relativement aux actes commis dans le cadre d'une enquête, à moins que la loi l'y autorise. La Cour a ajouté que la question devait être confiée au Parlement : « *S'il y a lieu de conférer à la police une certaine forme d'immunité d'intérêt public pour l'aider dans la "guerre contre la drogue", il revient au Parlement de circonscrire la nature et la portée de l'immunité ainsi que les faits qui y donnent ouverture* ». ⁶³ Lorsque des activités illégales présumées de la police sont autorisées par le système législatif, il n'y a pas abus de procédure. La Cour suprême du Canada a ajouté cependant que les activités illégales de la police ne constituent pas automatiquement un abus de procédure. La légalité des actions de la police n'est que l'un des facteurs à envisager, « quoiqu'[il soit] important ».

Cette décision pourrait avoir un effet important sur le mode d'exécution général de la loi au Canada, mais ses répercussions sont moins importantes dans le cas de l'exécution de la loi en matière de drogues. En effet, l'on a modifié la loi pour permettre aux policiers de s'engager dans des activités similaires à celles de l'affaire *Campbell*.

La LRDS proscriit diverses activités telles que la possession, le trafic et la fabrication de drogues, tout en prévoyant certaines exemptions réglementaires, par exemple l'importation par des revendeurs autorisés et la vente par des pharmaciens. La *Loi* prévoit également la possibilité de passer des règlements ayant trait à l'exécution, par exemple en ce qui concerne l'exemption des policiers de l'application de la *Loi* dans certaines circonstances précisées dans la réglementation. Elle prévoit également la possibilité de passer des règlements « relativement aux enquêtes et autres activités policières menées aux termes de la présente loi par les membres d'un corps policier et toutes autres personnes agissant sous leur autorité et leur supervision ». La réglementation prévoit donc un cadre juridique pour les techniques spécialisées d'exécution de la loi (notamment en ce qui a trait aux opérations « d'achat bidon » et aux opérations de vente surveillée par l'intermédiaire d'agents d'infiltration) et elle énonce les paramètres applicables à ce genre d'activités. La police s'appuie sur cette réglementation pour se protéger contre les poursuites.

⁶¹ Les activités illégales entreprises par des agents de police soulèvent aussi la question de savoir si ces derniers s'exposent à des poursuites. Cette question échappe à la portée du présent document.

⁶² (1999) 133 C.C.C. (3d) 257 (C.S.C.).

⁶³ *Ibid.*, page 282.

L'article 3 du *Règlement sur les stupéfiants* autorise les policiers à posséder des narcotiques lorsque « cette possession a trait à leurs fonctions et à leurs objectifs ». De plus, le *Règlement sur l'exécution policière de la LRDS* exempte les policiers des infractions de trafic, d'importation, d'exportation et de production de drogues et énonce les conditions d'admissibilité à cette exemption. Des règles différentes s'appliquent selon la source des drogues. Mais l'intéressé doit en tout temps être un membre actif de la police et il doit se trouver dans l'exercice de ses fonctions dans le cadre de l'enquête en question.

La LRDS accorde donc une immunité spéciale aux agents de police. La législation pénale canadienne a été modifiée récemment afin que les policiers jouissent d'une exemption *générale* en matière de responsabilité criminelle. Elle accorde aux personnes chargées de l'application de la loi et celles qui agissent sous leur direction et leur autorité (« agents de police ») une immunité limitée en matière pénale pour certains actes, commis durant une enquête en bonne et due forme, qui constitueraient par ailleurs une infraction, si certaines conditions sont remplies.⁶⁴

Conclusion

Le Parlement et les tribunaux comprennent manifestement que, à mesure que les criminels deviennent plus subtils, la police doit disposer de moyens plus perfectionnés pour lutter contre eux. En outre, il est clair que les tribunaux considèrent le commerce des drogues illicites comme un problème grave. Ils font souvent état, dans leurs décisions, du caractère sinistre de ce commerce et de ses effets sur la société. Ils peuvent être influencés par ces considérations lorsqu'ils doivent déterminer les limites de la conduite de la police. Ils sont conscients de la difficulté du travail des policiers et sont souvent disposés à leur accorder une « latitude considérable ». En voici un exemple dans une déclaration de la Cour suprême du Canada concernant la vente de drogues : « *C'est un crime qui a des conséquences dévastatrices pour les individus et la société. De plus, il s'accompagne souvent et tragiquement de l'usage d'armes à feu. Ce crime est un fléau social et aucun effort ne doit être ménagé pour l'enrayer* ». ⁶⁵ Et voici ce qu'elle a déclaré dans une autre cause : « [...] *notre Cour doit également tenir compte du droit de la société en matière d'application de la loi, notamment dans le domaine du commerce illégal de la drogue. Ce fléau endémique dans notre société permet à des criminels hautement perfectionnés de tirer avantage de la souffrance qu'ils infligent à d'autres* ». ⁶⁶ Cependant, la police n'a pas « carte blanche » pour faire ce qu'elle veut en vue de régler une affaire criminelle. On doit continuer d'examiner attentivement les activités de la police afin de s'assurer que sa conduite ne choque pas la collectivité et ne compromet en rien l'équité du procès des accusés.

⁶⁴ SC 2001, chapitre 32.

⁶⁵ R. c. *Silveira*, (1995) 97 C.C.C. (3d) 450, page 496.

⁶⁶ R. c. *Grant*, (1993) 84 C.C.C. (7d) 173.

STATISTIQUES

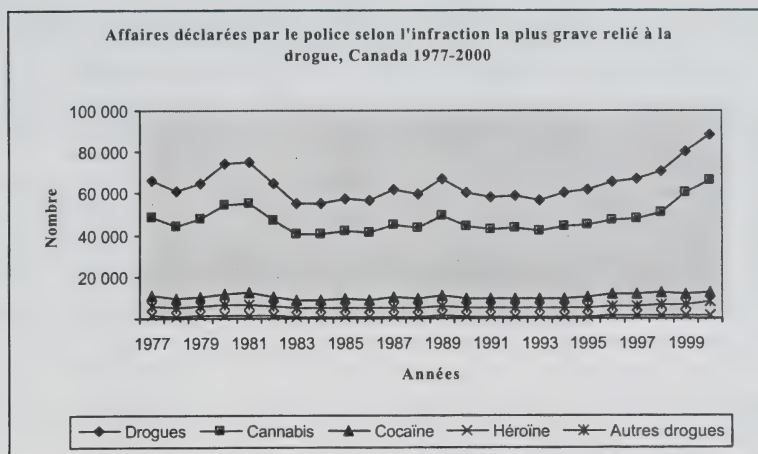
Les données qui suivent sur les statistiques criminelles en rapport avec la mise en application des lois relatives aux drogues illicites doivent être interprétées avec prudence. Il est généralement admis que les statistiques sur la criminalité compilées par la police reflètent davantage les activités policières que l'évolution réelle de la société, tout particulièrement dans le cas des infractions de type consensuel. De surcroît, comme en d'autres domaines en matière de drogues et plus largement en matière de justice pénale, les statistiques canadiennes sont relativement déficientes – ainsi, au delà de quelques données de base, il est à peu près impossible de connaître les caractéristiques des personnes qui se retrouvent dans le système de justice criminelle.

Incidents relatés⁶⁷

Ces statistiques portent sur les incidents qui sont venus à l'attention de la police et qui ont été saisis et transmis au Centre canadien de la statistique juridique en vertu d'un ensemble de catégories criminelles et de définitions approuvées à l'échelon national. Le nombre réel d'infractions relatives aux drogues serait bien plus élevé, puisqu'on peut supposer que la plupart des infractions de ce genre échappent à l'attention de la police. Comme c'est le cas des autres infractions de type consensuel, il est impossible de déterminer avec précision le volume d'activités illégales. De plus, la comptabilité annuelle ne tient compte que des infractions les plus graves commises lors de chaque incident criminel, ce qui mène par conséquent à une sous-estimation du nombre total d'incidents criminels en rapport avec la drogue, en particulier des infractions impliquant des pénalités moins graves. Il ne faut pas non plus confondre le nombre d'incidents relatés avec le nombre d'accusations portées par la police. Puisque la police jouit d'une grande discrétion lorsque vient le temps de porter ou non une accusation, il est clair que le nombre d'accusations sera largement inférieur au nombre total d'incidents rapportés.

Le graphique suivant rapporte les données sur le nombre d'incidents signalés par la police en fonction des crimes les plus graves. Il démontre que de 1983 à 1995, le nombre d'infractions relatives aux drogues était relativement stable, oscillant autour de 60 000 par année. Cependant, de 1995 à 2000, il y a eu une augmentation d'environ 50 %, le nombre d'incidents rapportés atteignant presque 88 000. En 2001, ce nombre a atteint 91 920, soit une augmentation de 3,3 % par rapport à l'année précédente.

⁶⁷ Le Centre canadien de la statistique juridique nous met en garde à l'effet que les statistiques sur le crime peuvent être influencées par de nombreux facteurs tels les rapports présentés à la police par le public, les rapports de la police au Centre canadien de la statistique juridique; l'impact des nouvelles initiatives comme les changements au niveau des lois, de la police ou des pratiques de mise en application; ainsi que les changements sociaux, économiques et démographiques.



L'augmentation constatée au cours des dernières années peut être largement imputée aux infractions relatives au cannabis – en 2001, on a constaté une augmentation de 5,5 % par rapport à l'année précédente. Ces infractions constituent la majorité de toutes les infractions relatives aux drogues au Canada. En 2001, on a relaté 71 624 infractions concernant le cannabis, soit **presque 77 % de tous les incidents en rapport avec les drogues**. De ce nombre, 70 % concernaient la possession, 16 % le trafic, 13 % la culture et 1 % l'importation.⁶⁸ Autrement dit, **environ 54 % de tous les incidents rapportés en rapport avec des infractions touchant la drogue concernaient la possession de cannabis**. Ramenés sur une base du nombre d'infractions par 100 000 de population, on voit mieux l'évolution et le poids du cannabis :

Infractions sélectionnées relatives aux drogues, taux par 100 000, Canada 1994-2001

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Cannabis	138	148	157	160	168	197	215	227,2
dont possession	97	103	110	108	115	130	147	
Cocaïne	42	38	37	38	40	39	42	39,4
Total toutes drogues	207	208	217	222	235	263	286	295,7

⁶⁸ Statistiques Canada, Centre canadien de la statistique juridique, *Juristat*, Statistiques criminelles au Canada - 2001, catalogue no 85-002-XIE Vol. 22, no 6, page 11.

De 1991 à 2001, le taux d'infractions relatives au cannabis par 100 000 habitants a augmenté de 91,5 %, tandis qu'il diminuait de 31,5 % pour les infractions relatives à la cocaïne, de 36,1 % pour les infractions relatives à l'héroïne, et augmentait de 15,0 % dans le cas des autres drogues. Autrement dit, proportionnellement à la population, le nombre d'infractions relatives au cannabis a presque doublé au cours de la dernière décennie.

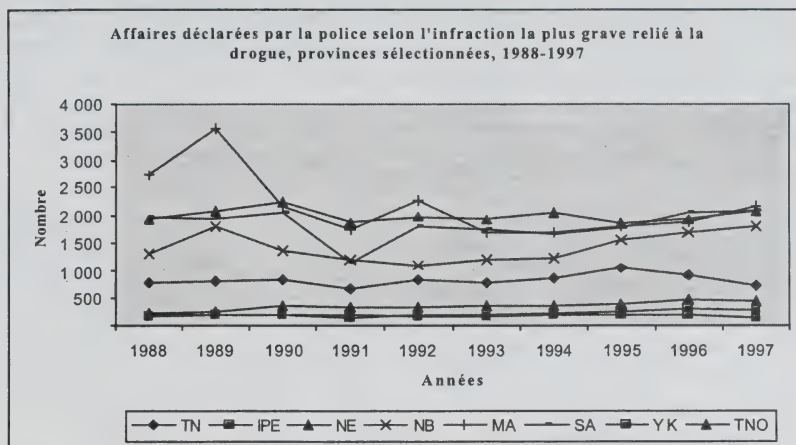
Au cours des dernières années, la culture du cannabis, tout particulièrement en Colombie-Britannique, a soulevé de nombreuses inquiétudes. Ce type d'infraction a également connu une augmentation importante au cours de la dernière décennie, passant de 7 incidents par 100 000 habitants en 1990 à 29 en 2001.⁶⁹ Selon une étude récente, le nombre de cas de culture illicite de cannabis en Colombie-Britannique augmente en moyenne de 36 % par année, et la taille des cultures augmente en moyenne de 40 % par année. Selon cette étude, la grande majorité des cas portés à l'attention de la police en Colombie-Britannique le sont à la suite de plaintes du public, ce qui signifie que l'augmentation du nombre de cas ne résulte pas d'une exécution proactive accrue des lois par la police.⁷⁰

Les deux graphiques suivants portent sur la répartition des incidents selon les provinces de 1988 à 1997. Il n'est pas surprenant de constater que les provinces les plus peuplées viennent au premier rang, soit l'Ontario suivi de la Colombie-Britannique, du Québec et de l'Alberta.



⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ Plecas, D., et coll., (2002) *Marihuana Growing Operations in British Columbia – An Empirical Survey (1997-2000)*, département de criminologie et de justice criminelle – University College of the Fraser Valley et International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy.



Les taux calculés sur la base d'une population de 100 000 habitants révèlent mieux les tendances. La Colombie-Britannique a toujours présenté le taux provincial le plus élevé au pays pour les crimes attribuables à la drogue.⁷¹ Ainsi, en 2000 le taux était de 563,5 incidents par 100 000, soit presque le double de la moyenne nationale à 295,7. Les taux dans les autres provinces sont les suivants : Terre-Neuve et Labrador (173,1), Île du Prince-Édouard (192), Nouvelle-Écosse (218,3), Nouveau-Brunswick (346,9), Québec (262,1), Ontario (256,1), Manitoba (215,9), Saskatchewan (278,4), Alberta (235,3), Yukon (478,5), Territoires du Nord-Ouest (597,2) et Nunavut (806,1). On constate que le taux de délits reliés aux drogues varie énormément entre les provinces et territoires.

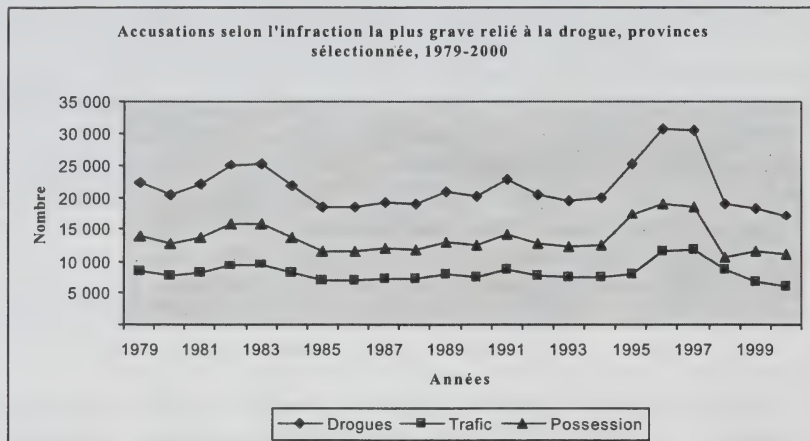
Accusations

Rappelons que le nombre d'incidents rapportés n'équivaut pas au nombre d'accusations portées par la police. Dans certains cas, la police informera Statistiques Canada d'un incident lié à la drogue, mais on décidera de ne pas accuser le contrevenant. Cette discrétion absolue dont jouit la police peut susciter de sérieuses inquiétudes en matière d'application de la loi ; il en sera question plus loin dans ce chapitre.

Comme le démontre le graphique suivant, les données disponibles semblent indiquer que le nombre d'accusations de trafic et de possession pour infractions en matière de drogues a diminué grandement depuis 1997. Toutefois, nous ne disposons

⁷¹ On devrait préciser qu'en 1997, le taux au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest était même plus élevé qu'en Colombie-Britannique.

d'aucune donnée pour trois provinces (le Nouveau-Brunswick, le Manitoba et la Colombie-Britannique), ainsi qu'un territoire (Nunavut). De plus, les données de certains tribunaux québécois n'y sont pas incluses.⁷²



Puisque qu'on ne tient pas compte de trois provinces – en particulier de la Colombie-Britannique – le nombre réel d'inculpations attribuables à la drogue au Canada est sûrement plus élevé, d'autant plus que la Colombie-Britannique a constamment présenté le taux de criminalité le plus élevé en matière de drogues.

Cependant, les statistiques de 1997 démontrent que lorsqu'il s'agit d'accuser les auteurs d'infractions liées aux drogues, la Colombie-Britannique est plus indulgente que les autres provinces.

« Parmi les provinces et les territoires, les services de police de la Colombie-Britannique ont présenté le plus faible taux d'accusation (47 %) pour des infractions liées aux drogues. Seulement 35 % des incidents en rapport avec le cannabis et 36 % des incidents concernant « d'autres drogues » ont mené à des accusations, comparativement à 79 % et 81 % dans toutes les autres provinces combinées. »⁷³

Le surintendant Ward Clapham de la GRC à Richmond nous a déclaré que pour les délits de possession de moins de 30 grammes de marijuana, on n'a accusé que 40 personnes sur 700 cas rapportés en 2000, alors qu'à peine 30 personnes sur 605 ont

⁷² De plus, les données d'avant 1995 reposent sur des approximations basées sur une répartition moyenne des accusations au cours de la période couvrant les années 1995 à 2000.

⁷³ Statistiques Canada, Centre canadien de la statistique juridique, *Juristat*, Drogues illicites et criminalité au Canada, catalogue no 85-002-XIE, vol. 19, no 1, p. 5. Le terme « autres drogues » signifie ici : 1) les drogues illégales autres que le cannabis, la cocaïne ou l'héroïne, et 2) les drogues contrôlées.

été accusées en 2001. Soulignons à nouveau la disparité de l'application de la loi entre les diverses régions du pays.

En matière d'infractions liées au cannabis en 2001, les hommes sont plus susceptibles de faire l'objet d'une accusation. Chez les jeunes (12 à 17 ans) et les adultes, 88 % des personnes inculpées pour des infractions liées au cannabis sont des hommes.⁷⁴ Les jeunes comptent pour 18 % des accusations portées en rapport avec le cannabis.⁷⁵

Alors que le graphique ci-dessus semble démontrer qu'on dénombre moins de 20 000 accusations attribuables aux drogues en 1999, le rapport 2001 de la vérificatrice générale indique qu'au cours de cette année, on a accusé tout près de 50 000 personnes pour des infractions liées à la drogue en vertu de la LRDS (dans les cas où les infractions les plus graves étaient liées à la drogue). C'est là l'une des conséquences de l'enregistrement des statistiques en fonction des infractions les plus graves puisque cette méthode omet de nombreuses infractions, en particulier celles qui s'accompagnent de pénalités moins graves. Dans la hiérarchie des 152 infractions criminelles, les délits relatifs au cannabis sont en effet plutôt mineurs : l'importation ou l'exportation est au 44^e rang, le trafic de plus de 3000 grammes au 46^e, la production au 52^e, la trafic de moins de 3 000 grammes au 120^e et la possession de 30 grammes ou moins au 121^e.

Sur les 50 000 accusations portées en 1999 en matière de drogues, le cannabis était impliqué dans 70 % des cas. **Dans 43 % des cas liés aux drogues (21 381), l'accusation concernait la possession de cannabis.** Globalement, 54 % des infractions liées aux drogues touchaient la possession. Puisque le nombre d'incidents relatés a continué d'augmenter, on peut supposer qu'un plus grand nombre de personnes sont accusées d'infractions liées à la drogue, en particulier au cannabis.

Avec plus de 34 000 accusations par année pour des infractions liées au cannabis et plus de 21 000 accusations par année pour possession de cannabis, peut-on déduire que la police fait effectivement la chasse aux infractions pour possession de cette substance ? Après avoir examiné la preuve, nous ne croyons pas qu'il en soit ainsi. Néanmoins, plus de 21 000 nouvelles personnes, dont l'infraction la plus grave était la possession de cannabis, se retrouvent chaque dans les filets du système de justice pénale. Répétons que ces statistiques reposent sur l'infraction la plus grave enregistrée lors d'un incident donné.

On nous a offert plusieurs raisons pour justifier le nombre élevé d'infractions liées à la possession. Les personnes chargées de mettre en application la LRDS nous ont répété à plusieurs reprises qu'elles ne cherchent pas activement ces infractions mais les trouvent dans le cours normal de leurs opérations. Malgré que nous ne doutions pas de la véracité de ces déclarations, on peut dans certains cas – comme on le verra plus loin – remettre en question les tactiques policières. On nous a aussi dit que l'infraction de

⁷⁴ Statistiques Canada, Centre canadien de la statistique juridique, Juristat, Statistiques de la criminalité au Canada - 2001, catalogue no 85-002-XIE, vol. 22, no 6, page 19.

⁷⁵ *Ibid.*

trafic, lorsqu'elle s'étend sur une certaine période, est considérée comme une seule infraction selon la règle de l'infraction continue. Les infractions pour possession, par contre, ne fonctionnent pas de cette façon.

Inquiétudes

Alors qu'il peut exister des raisons valides à l'incidence élevée des accusations pour possession, plusieurs se sont dits très inquiets du pouvoir discrétionnaire dont disposent les corps policiers dans les cas d'accusations de possession liées à la drogue – surtout dans les cas de possession de cannabis. Comme nous l'avons mentionné précédemment, le nombre d'accidents rapportés et le taux d'accusation varient grandement d'une province à l'autre. Cette application non uniforme de la loi sur les drogues dans les différentes provinces et au sein d'une même province nous inquiète.

Ainsi, M. Kash Heed du service de police de Vancouver, rapportait au Comité que la possession à faible échelle de quelque drogue que ce soit à Vancouver ne fait pratiquement l'objet d'aucune accusation de la part de la police à moins de circonstances aggravantes. Le service de police préfère concentrer ses efforts sur ceux qui en profitent, soit les trafiquants et les producteurs. Il ajoutait, ce que les données tendent à confirmer, que le nombre de poursuites pour possession de cannabis en Colombie-Britannique est relativement peu élevé comparativement aux autres provinces, et que des différences importantes existent à l'intérieur de la Colombie-Britannique – les centres situés à l'extérieur de Vancouver présentant des taux plus élevés de poursuites pour possession de cannabis. Il concluait en disant que la prohibition totale avait «entraîné une augmentation des coûts d'application de la loi, l'aliénation de certains groupes de personnes, une mise en application discriminatoire, sans pour autant dissuader la vente et moins encore l'utilisation».

Nous avons estimé que près de 2,5 millions de personnes au Canada ont consommé du cannabis au cours de la dernière année. En 2000, 21 381 personnes ont été accusées de possession de cannabis. Autrement dit, à peine 0,8 % des usagers ont été accusés de possession. Il est également important de se rappeler que parmi les personnes ayant consommé du cannabis au cours de la dernière année, plusieurs l'auraient fait plus d'une fois. Ainsi, le risque réel de se voir accusé de possession de cannabis est selon toute probabilité inférieur à 1 %. Cela soulève certainement des inquiétudes sur le plan de l'équité et remet sérieusement en question l'efficacité de la loi et son effet dissuasif.

Quelles sont les conséquences éventuelles d'une application non uniforme de la loi et d'un pouvoir discrétionnaire absolu dans la décision de porter ou non une accusation ? Marie-Andrée Bertrand, faisant référence à une étude réalisée par Nicolas Carrier⁷⁶ a déclaré ce qui suit :

⁷⁶ Carrier, N. (2000) *Discours de patrouilleurs montréalais sur la détection de l'infraction de possession de drogues prohibées*. Mémoire de maîtrise. École de criminologie, Université de Montréal. Voir aussi le témoignage de Marie-Andrée Bertrand,

« Dans une étude qualitative récente des membres du service de police de la Communauté urbaine de Montréal, on souligne l'ambivalence et la confusion régnant chez les agents de police de première ligne et leurs réactions variées face au « problème des drogues ». On perçoit l'ampleur du problème de façon passablement différente, tout dépendant des agents et des voisinages qu'ils patrouillent. Dans l'esprit de certains, tout particulièrement des jeunes consommateurs de drogues et des « échangeurs », malgré que « la loi soit la loi » et qu'on doit sans aucun doute la mettre en application, la possession et la consommation de drogues n'inquiètent pas vraiment la police. Il est tout simplement impossible d'instaurer la prohibition. Il est impossible de déterminer les cas de possession en l'absence de pouvoirs permettant la fouille et la saisie, sauf « en masse » ou lorsqu'on arrête des personnes soupçonnées d'autres « crimes ». Lorsqu'on découvre les cas de possession et les transactions de drogues sur la place publique, soit par accident ou lorsqu'on enquête sur d'autres infractions, les agents de police réagissent de façons variées, tout dépendant de leurs aspirations professionnelles. Les agents en quête de promotion et d'une spécialisation (qui souhaitent accéder aux escouades antidrogues ou des crimes sans victime) résilent les renseignements aux divisions concernées. Les patrouilleurs qui souhaitent le demeurer ferment les yeux ou questionnent les suspects afin d'obtenir des renseignements sur leurs opérations de trafic en échange de promesses d'immunité, ou ils confient ces personnes qui abusent des substances aux services de traitement, appellent les parents d'un mineur, etc. »⁷⁷

L'application non uniforme de la loi constitue une de nos principales inquiétudes, et ce, pour diverses raisons. Premièrement, cela entraîne une application discriminatoire, puisque certaines personnes sont plus susceptibles d'être accusées que d'autres en raison de leurs caractéristiques personnelles. Alors que les statistiques nationales actuelles ne permettent pas une telle analyse, on dispose de données à l'effet que la loi fait l'objet d'une exécution discriminatoire.

L'étude de Carrier mentionnée ci-dessus, basée sur des entrevues menées auprès de 21 patrouilleurs de la région montréalaise, aborde les difficultés de détecter les cas de possession en raison de l'absence de « victime », du caractère discret des infractions et des limites constitutionnelles au niveau des fouilles sans mandat. Elle montre que les décisions d'un agent de police dépendent de nombreux facteurs, notamment la manière dont l'agent perçoit le problème des drogues ainsi que ses aspirations professionnelles, celui qui souhaite obtenir une promotion agissant de façon davantage proactive aux infractions liées à la drogue que ceux qui se contentent d'un poste de patrouilleur et qui adoptent, par conséquent, un caractère plus réactif.

Comment procède-t-on pour détecter les infractions de possession ? Les agents ont indiqué qu'on détecte la plupart des infractions lorsqu'on arrête une personne pour une autre activité criminelle, puisque cette arrestation permet à un agent de procéder à une fouille sur la personne. En de rares occasions, les agents ont détecté l'infraction alors que la personne faisait ouvertement fi de la loi.

⁷⁷ Voir aussi la discussion qu'en fait M. Guy Ati-Dion lors de son témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 29 octobre 2001, fascicule 8, pages 73-74.

Précisons cependant que les agents ont également ajouté que certaines personnes attireraient leur attention et que la présence de certains « signes » les portaient à croire que ces personnes étaient en possession de substances illégales. Lorsque les personnes sont dans une automobile on a mentionné les facteurs suivants : l'apparence des passagers dans le véhicule ; le modèle et la valeur du véhicule ; les habitudes de conduite de la personne ; et une vérification informatique de la plaque d'immatriculation, révélant si la personne était fichée ou non. Les agents peuvent aussi arrêter des personnes pour vérification de documents (p. ex., permis de conduire) ce qui peut mener à détecter la présence de stupéfiants s'il y a fouille. En ce qui a trait aux piétons, les policiers faisaient état des facteurs suivants : la personne est un usager connu ; l'apparence physique de la personne ; ses activités ; ses relations avec d'autres « suspects » ; et sa relation avec des lieux qu'on soupçonne de servir au trafic. Certains agents ont précisé qu'un interrogatoire de ces suspects peut mener à une arrestation – par exemple, en réalisant qu'un mandat d'arrestation n'a pas été exécuté – et à une fouille. Les agents ont également précisé qu'ils ont occasionnellement appliqué les règlements municipaux et autres lois provinciales dans le but de connaître le nom d'une personne pour ensuite procéder à une enquête sur cette dernière. Si une personne refuse de dévoiler son nom, on peut l'arrêter et la fouiller. Les agents ont de plus indiqué avoir fait appel à certaines techniques pour « aller à la pêche ». Alors que la preuve n'était pas admissible en cour, elle permettait dans certains cas à l'agent d'obtenir des renseignements de cette personne en échange de la promesse « de ne pas porter d'accusations » ou bien, elle permettait à l'agent de saisir la substance illégale.

Malgré la portée limitée de cette étude, elle indique à quel point la discrétion dans la façon dont les forces policières exécutent les lois antidrogues peut mener à la discrimination selon des facteurs comme l'apparence d'une personne.

Une autre inquiétude que soulève pour nous l'application inégale de la loi tient au risque d'aliéner certains groupes de la société. Les personnes ainsi touchées peuvent cesser de respecter la police et le système de justice criminelle en général. Il est probable que des solutions juridiques contradictoires suscitent une atmosphère jetant le discrédit sur l'administration de la justice. Comme parlementaires, nous considérons cela inacceptable.

Enfin, soulignons la question fondamentale d'équité et de justice. Personne ne semble être en mesure d'expliquer la raison pour laquelle certains se voient accusés et d'autres non. Il n'est pas surprenant que cette loi fasse l'objet d'une critique si véhémement.

La Loi sur les douanes - amendes

Lorsqu'il est question de l'application des lois antidrogues, on pense généralement aux accusations déposées et aux saisies effectuées par la police en vertu de la LRDS. Cependant, dans certaines circonstances, ce sont d'autres lois qui s'appliquent. Par exemple, la *Loi sur les douanes* permet la saisie de marchandises prohibées et de véhicules

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

utilisés en violation de cette loi. Dans ces cas, une pénalité de nature civile peut être imposée à l'importateur dans la mesure où, pour reprendre possession de son véhicule, la personne doit verser une amende. Le montant de la pénalité est fonction de la quantité de drogues comme le montre le tableau suivant.

Quantité	Marijuana	Haschich	Huile	Drogues contrôlées	Hallucinogènes	Cocaïne Opiacés
220 \$	8 à 15 grammes	2 à 4 grammes	Moins d'un gramme	De 10 à 20 comprimés	Entre 1 et 4 doses	1 gramme ou moins de 400 \$
440 \$	Entre 15 et 30 grammes	Entre 4 et 8 grammes	Entre 1 et 2 grammes	De 20 à 40 comprimés	Entre 4 et 8 doses	
550 \$	Entre 30 et 60 grammes	Entre 8 et 16 grammes	Entre 2 et 4 grammes	De 40 à 60 comprimés	Entre 8 et 12 doses	
660 \$	Entre 60 et 100 grammes	Entre 16 et 24 grammes	Entre 4 et 6 grammes	De 60 à 80 comprimés	Entre 12 et 16 doses	
770 \$	Entre 100 et 150 grammes	Entre 24 et 32 grammes	Entre 6 et 8 grammes	De 80 à 110 comprimés	Entre 16 et 20 doses	
880 \$	Entre 150 et 200 grammes	Entre 32 et 40 grammes	Entre 8 et 10 grammes	De 100 à 140 comprimés	Entre 20 et 24 doses	
990 \$	Entre 200 et 250 grammes	Entre 40 et 46 grammes	Entre 10 et 12 grammes	De 140 à 160 comprimés	Entre 24 et 28 doses	
1100 \$	Entre 250 et 300 grammes	Entre 46 et 56 grammes	Entre 12 et 14 grammes	De 160 à 180 comprimés	Entre 28 et 32 doses	

Pour les quantités excédant les quantités prévues ci-dessus :

Pus de 300 grammes : 4 \$ pour chaque gramme additionnel	Plus de 56 grammes : 20 \$ pour chaque gramme additionnel	Plus de 14 grammes : 70 \$ pour chaque gramme additionnel	Plus de 180 comprimés : 8 \$ pour chaque comprimé additionnel	Plus de 32 doses : 40 \$ pour chaque dose additionnelle	Plus de 1 gramme : 400 \$: \$ pour chaque gramme
--	---	---	---	---	---

L'ADRC procédera aussi à l'arrestation de l'importateur, en vertu de la *Loi sur les douanes*, pour importation illégale de substances qui sont interdites, restreintes ou contrôlées en vertu de la Loi ou de toute autre loi du parlement, notamment la LRDS. Une fois la saisie et l'arrestation faites, l'agent des douanes informe la police locale qui décidera si des accusations criminelles seront portées ou non. Dans certains cas, l'ADRC a une entente de poursuite avec la force locale de police. La Couronne décidera ensuite s'il y a lieu d'intenter des poursuites, selon la nature du cas.

Selon l'article 6 de la LRDS, l'importation de drogues, sauf lorsque les règlements l'autorisent, est une infraction quelle que soit la quantité. Dans ces cas, il n'y a donc pas de seuil de quantité sous lequel une sanction moins élevée ou une amende peut être imposée. Toutefois, si la quantité importée est considérée pour usage personnel et non pour la revente, la Couronne peut choisir de poursuivre pour possession plutôt que pour importation.

L'ADRC à Windsor est liée à la GRC de Windsor par une entente qui définit les directives régissant la décision de poursuite au criminel dans les cas de saisies de drogues réalisées aux frontières. Les quantités indiquées ne sont que des guides, mais

de façon générale la GRC n'accusera pas une personne d'importation pour une quantité inférieure à 50 grammes de marijuana, 20 grammes de hachisch ou 15 grammes d'huile de hachisch. Dans ces cas, on procède en vertu de la *Loi sur les douanes*. De 1996 à 2001, presque 99 % des 4 055 saisies de marijuana portaient sur des quantités inférieures à 50 grammes.

SAISIES

Le tableau suivant porte sur les saisies effectuées par la GRC, l'ADRC, la Sûreté du Québec, la police provinciale de l'Ontario et les forces de police municipales à Montréal, Laval et Toronto sur la période 1993-2001.

Drogues saisies au Canada - 1993 – 2001

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Héroïne	153	85	128	83	95	105	88	168	74
Cocaïne	2,731	7,915	1,544	3,110	2,090	2,604	1,116	1,851	1,783
Ecstasy (unités)				1,221	10,222	68,496	400,000	2,069,709	1,871,627
Marijuana (kg)	7,314	6,472	5,500	17,234	50,624	29,598	23,829	21,703	28,746
Marijuana (plantes)	238,601	288,578	295,999	675,863	689,239	1,025,808	954,781	1,102,198	1,367,321
Haschich (kg)	56,721	36,614	21,504	25,155	6,118	15,924	6,477	21,973	6,677
Haschich liquide	669	659	663	805	824	852	434	1,240	397

(Le poids est exprimé en kilos; en doses pour l'ecstasy.)

Selon Steve Pudney, professeur au Centre de recherche économique de la Leicester University, « les données sur la saisie constituent l'information la plus directe sur la disponibilité des drogues, et ce, même si les drogues saisies ne contribuent pas aux quantités disponibles ».⁷⁸ Toutefois, les tendances au niveau des saisies de drogues réalisées par la GRC, démontrent qu'on doit utiliser ces données avec prudence, le nombre d'interceptions ou les quantités saisies au cours d'une année n'étant pas

⁷⁸ Annexe B. 'Commentaires du lecteur externe.' In Bramley-Harker (2001) *Sizing the UK market for illicit drugs*. London: Home Office. RDS Occasional Paper no 74.

nécessairement un indicateur fiable de la disponibilité et du marché des drogues. Ces données indiquent plutôt l'impact des mesures de répression actives et passives.

[Traduction] « Les saisies seront probablement passives en ce sens qu'on assiste à un nombre plus ou moins constant de saisies en raison des opérations de surveillance et d'enquête habituelles. Plus la quantité de drogues arrivant sur le marché est importante, plus le nombre de saisies sera élevé du point de vue strictement statistique. Les saisies passives indiquent ainsi de façon positive la taille du marché. Cependant, les opérations policières en matière de drogues ont également un effet actif. Les enquêtes réalisées à partir de renseignements criminels mènent souvent à la fermeture des sources d'approvisionnement et à l'élimination d'importantes quantités de ces produits du marché domestique. Les saisies de ce type ont un effet négatif sur la taille du marché en ce sens qu'elles limitent l'approvisionnement plutôt que d'en indiquer la croissance. Lorsque ces deux facteurs sont en présence, il est difficile de tirer des conclusions évidentes sur l'approvisionnement à partir des renseignements touchant les saisies. »⁷⁹

Si, dans certains cas et pour certains pays, les saisies passives peuvent effectivement constituer un indicateur positif de la taille du marché, elles peuvent donner une lecture fausse du marché des drogues au Canada, nos vastes frontières et côtes maritimes ne facilitant pas la tâche des agents de police et de douanes d'arriver à des niveaux constants d'interceptions et de saisies. Les importateurs découvrent sans cesse de nouveaux moyens pour contourner les autorités en faisant appel à de nouveaux moyens d'entrée, ainsi qu'à des cargaisons plus importantes mais moins fréquentes, ou vice versa.

Malgré ces limites des données sur les saisies, les tendances indiquent que les saisies de cannabis, en kilogrammes et sous forme de plantes, ont connu une augmentation passablement importante au cours des dernières années, surtout lorsqu'on les compare aux saisies de cocaïne et d'héroïne.

Ces données nous démontrent aussi que la police a accordé une importance accrue aux infractions liées à la culture de la marijuana. En 1993, la police a saisi moins de 250 000 plants de marijuana, alors qu'elle en a saisi plus de 1 350 000 en 2001. Cela pourrait nous porter à croire qu'on a intensifié la culture au Canada et que la police priorise maintenant les infractions liées à la culture.

CONCLUSIONS

Conclusions du chapitre 14

⁷⁹ Ibid.

-
- Nous estimons que les coûts de la lutte antidrogues au Canada varient entre 700 millions \$ et 1 milliard \$.
 - La réduction des activités d'exécution de la loi résultant d'une modification des lois antidrogues touchant le cannabis pourrait entraîner des économies substantielles ou faire en sorte que les forces policières réaffectent des sommes considérables à d'autres priorités.
 - En raison de la nature consensuelle des infractions liées aux drogues, on a accordé à la police des pouvoirs d'exécution substantiels et adopté des techniques d'enquête très intrusives. Cependant, ces pouvoirs ne sont pas illimités et ils font l'objet d'un examen de la part des tribunaux canadiens.
 - Plus de 90 000 incidents liés à la drogue sont rapportés chaque année par la police. Plus des trois quarts de ces incidents touchent le cannabis et plus de 50 % de tous les incidents liés à la drogue concernent la possession de cannabis.
 - De 1991 à 2001, la variation du taux en pourcentage par 100 000 de population pour ce qui est des infractions liées au cannabis est de +91,5 ; ainsi, le taux d'infractions liées au cannabis a presque doublé au cours des dix dernières années.
 - Les incidents rapportés en matière de culture du cannabis ont connu une augmentation dramatique au cours des dix dernières années.
 - Les taux d'incidents rapportés varient d'une province à l'autre.
 - Le cannabis a fait l'objet de 70 % des +/- 50 000 accusations portées en 1999. Dans 43 % des cas (soit 21 381), l'accusation était liée à la possession de cannabis.
 - Les taux d'accusations pour infractions liées à la drogue varient considérablement d'une province à l'autre.
 - L'application inégale de la loi suscite des inquiétudes en ce qu'elle peut mener à des formes de discrimination, à l'aliénation de certains groupes de la société, et à la création d'une atmosphère d'irrespect envers la loi ; de façon générale, elle soulève la question de l'équité et la justice.
 - Les statistiques sur les saisies sembleraient confirmer une intensification de la culture du cannabis au Canada et un déplacement des priorités de la police en ce qui a trait à cette infraction.
-

CHAPITRE 15

LE SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE

Le chapitre précédent a examiné les rôles et pratiques des agences d'application de la loi qui sont la porte d'entrée du système de justice pénale. Que se passe-t-il après l'arrestation et la mise en accusation pour une infraction relative aux drogues ? Qui est responsable des poursuites et comment se font-elles ? Quel type de sanction les personnes condamnées reçoivent-elles ? Qui aura un casier judiciaire ? Et comment les tribunaux ont-ils interprété la validité de la loi sur les drogues ? C'est à ces questions que ce chapitre tente de répondre.

POURSUITES

Le Service fédéral des poursuites (SFP) du ministère de la Justice est l'agence principale en matière de poursuites des infractions relatives aux drogues au Canada. Bien que son mandat consiste à tenter des poursuites dans chaque province et chaque territoire en vertu des lois fédérales, son travail consiste principalement en poursuites relatives aux drogues en vertu de la LRDS.

En vertu de la LRDS, les provinces peuvent mener les poursuites si une procédure relative aux drogues a été engagée à la demande du gouvernement provincial. Présentement, seulement deux provinces (le Québec et, dans une moins grande mesure, le Nouveau-Brunswick) ont exercé ce pouvoir. Au Québec, le SFP n'intente des poursuites qu'à l'égard d'infractions qui ont fait l'objet d'enquêtes par la GRC. Dans le reste du Canada (à l'exception du Nouveau-Brunswick), le service intente des poursuites à l'égard d'infractions en matière de drogues qui ont fait l'objet d'enquêtes par des corps policiers provinciaux ou municipaux, ou par la GRC.

Le SFP emploie plus de 300 avocats internes à temps plein dans 13 bureaux partout au pays et environ 750 agents permanents du secteur privé effectuant des poursuites en matière de drogues au nom du procureur général du Canada. De manière générale, la police enquête au sujet de l'infraction et dépose une accusation qui sera suivie d'une poursuite, mais dans certaines provinces (telles la Colombie-Britannique, le Québec et le Nouveau-Brunswick), la police doit demander l'approbation de la Couronne avant de déposer une accusation.

Bien que les affaires complexes représentent encore un pourcentage assez bas des poursuites menées par le SFP, elles deviennent plus courantes et prennent déjà beaucoup de temps aux procureurs.

« ...La plupart des affaires sont d'une complexité faible ou moyenne, mais la complexité des cas augmente. On estime actuellement que les affaires complexes représentent 7 % du temps des procureurs. Les affaires complexes associées au crime organisé nécessitent la participation du ministère de la Justice dès le stade initial à cause des questions légales liées à la collecte, à l'organisation et à l'admissibilité de la preuve. »¹

Le coût total des poursuites reliées aux drogues effectuées par le SFP, s'élève à environ 57 millions \$ par année (35 millions \$ pour les avocats internes et 22 millions \$ pour les agents permanents). Le SFP estime que pour l'année 2000-2001, le coût des poursuites pour possession de cannabis, par rapport au budget global de 57 millions \$, s'élevait à environ 5 millions \$, soit 10 % du budget total.²

TRIBUNAUX

Nous avons peu d'information sur les coûts des poursuites reliées aux drogues, pour le système de tribunaux provinciaux. L'étude du CCLAT sur les coûts des drogues au Canada dont nous avons parlé au chapitre précédent³ estimait les coûts judiciaires pour 1992 à environ 60 millions \$. Avec près de 50 000 personnes par année accusées d'infractions reliées aux drogues et compte tenu de la complexité accrue de certaines affaires, on pourrait penser que ces coûts seraient beaucoup plus élevés que ceux estimés en 1992.

Une estimation de la vérificatrice générale indique qu'en 1999 les tribunaux de juridiction criminelle canadiens ont entendu 34 000 affaires de drogues illicites nécessitant plus de 400 000 comparutions.⁴ D'autres coûts reliés aux tribunaux sont les ressources financières considérables dépensées pour l'aide juridique. En 1996/1997, 860 millions \$ ont été dépensés pour les coûts administratifs des tribunaux et en

¹ Rapport de la vérificatrice générale du Canada 2001, Chapitre 11 – Les drogues illicites : Le rôle du gouvernement fédéral, page 13.

² Croft Michaelson, directeur et avocat général principal, Section de l'élaboration des politiques stratégiques en matière de poursuites, Justice Canada, Témoignage devant le Comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, Fascicule n° 22, page 54.

³ Single, E., et coll., (1996) *Les coûts de l'abus des substances au Canada : Une étude sur l'estimation des coûts*, Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

⁴ Rapport de la vérificatrice générale du Canada 2001, Chapitre 11 – Les drogues illicites : Le rôle du gouvernement fédéral, page 4.

1997/1998, 455 millions \$ ont été dépensés pour l'aide juridique.⁵ Nous ne pouvons dire quelle partie de ces montants concerne les affaires de drogues illicites.

Les tribunaux de traitement de la toxicomanie

Le comité a visité le premier tribunal de traitement de la toxicomanie (TTT) durant son voyage à Toronto. Établi en 1998 à titre de projet pilote grâce au soutien financier de la Stratégie nationale sur la sécurité communautaire et la prévention du crime, ce projet réunit plusieurs acteurs incluant Justice Canada, le Solliciteur général du Canada, le SFP, le gouvernement de l'Ontario, le tribunal provincial, le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM), le service de police de Toronto, le service de santé publique de la ville de Toronto et divers organismes communautaires. Ce projet est actuellement financé jusqu'en décembre 2004.

Un deuxième projet pilote a été établi à Vancouver en décembre 2001. Ce projet utilise aussi un modèle intersectoriel et il doit servir à assurer une gestion intensive des affaires et à relier les participants aux ressources communautaires et aux programmes de développement des compétences, au besoin.

À Toronto le Centre de toxicomanie et de santé mentale de l'Ontario fournit les services de traitement aux contrevenants qui ont des dépendances, tandis qu'à Vancouver ils sont assurés par divers organismes locaux.

Partant de la prémisse, établie par de nombreuses études, que l'incarcération seule ne mène pas à une réduction de la consommation ni de l'activité criminelle s'y rattachant, les tribunaux de traitement de la toxicomanie ont pour objectif de fournir une réponse plus appropriée aux besoins des contrevenants qui ont des problèmes de dépendances. Le système de justice pénale ne dispose généralement pas des outils lui permettant d'adapter la sanction aux besoins propres des « toxicomanes » ni aux facteurs qui peuvent être à l'origine de cette dépendance (p. ex., chômage, itinérance, violence physique ou sexuelle subie durant l'enfance, discorde familiale, et autres problèmes de santé mentale et physique). Les TTT se basent sur des recherches démontrant que les programmes de traitement des toxicomanes sont plus efficaces que les sentences traditionnelles pour réduire la criminalité et la récidive chez ces personnes. Patricia Begin, du Centre national pour la prévention du crime du ministère de la Justice ajoutait :

« Autre hypothèse sous-jacente : par les approches axées sur la jurisprudence thérapeutique tels les tribunaux chargés des affaires de drogue qui visent à assurer la réadaptation et la réintégration des contrevenants-toxicomanes, le système de justice pénale, de concert avec les organismes de traitement et les

⁵ Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, *Juristat*, Dépenses de la justice au Canada, catalogue 85-002-XIE vol. 19, n° 12, pages 7-9.

services communautaires, peut servir d'agent de changement et contribuer à modifier le cheminement de vie du toxicomane. »⁶

Le TTT de Toronto fournit un traitement supervisé par le tribunal pour les personnes présentant une dépendance à la cocaïne et/ou aux opiacés. Les contrevenants non violents accusés de possession ou de trafic de petites quantités de crack/d'héroïne, ou accusés d'infractions liées à la prostitution, sont éligibles au programme. Dans tous les cas, l'organisme de traitement assure la sélection et l'évaluation des personnes. L'admission est volontaire mais doit être approuvée par la Couronne. Les facteurs considérés incluent les autres accusations criminelles courantes, le risque encouru pour la communauté et la gravité et les circonstances entourant l'infraction. Deux parcours ont été établis. Généralement, le premier parcours est destiné aux personnes ayant un casier judiciaire limité ou n'en possédant pas et qui sont accusées de possession simple. Elles sont éligibles à participer au programme avant l'enregistrement du plaidoyer – une fois le programme complété, l'accusation est suspendue ou retirée. Le deuxième parcours s'adresse aux contrevenants possédant un dossier criminel plus grave ou qui sont accusés de trafic. Ils doivent plaider coupable – une fois la phase I du programme complétée, le contrevenant reçoit une sentence non privative de liberté et il est mis en liberté surveillée (phase II). À défaut de compléter la phase I, le contrevenant se verra expulsé et condamné.

Le système se base sur une collaboration étroite entre le tribunal et les organismes de traitement. Les contrevenants comparaissent régulièrement devant le tribunal – celui-ci siège deux fois par semaine – où le juge, en consultation avec l'équipe de traitement du TTT, passe en revue les progrès qu'ils ont réalisés. L'équipe du TTT inclut le juge du TTT, le procureur de la Couronne, l'avocat de service, le représentant des services de probation, le personnel du tribunal, le personnel de liaison entre la communauté et le tribunal, et ceux travaillant au traitement. Des décisions ayant trait au traitement futur et à l'implication judiciaire sont prises. La conformité aux étapes du processus est encouragée au moyen d'un système de récompenses et de sanctions graduées – remise en liberté provisoire du contrevenant assortie de conditions appropriées auxquelles il doit se conformer. La possibilité de rechute fait partie intégrante du processus de réadaptation et elles ne mènent pas automatiquement à l'expulsion. L'honnêteté et la responsabilité sont toutefois importantes. Le non-respect d'autres conditions telles que la comparution au tribunal ou d'avoir omis de fournir un échantillon d'urine, peut résulter en diverses sanctions incluant la révocation de la mise en liberté pour une période allant jusqu'à cinq jours.

Chaque participant est engagé dans un programme de traitement ambulatoire adapté à ses besoins spécifiques. Le traitement dure environ une année pendant

⁶ Patricia Bégin, directrice, Recherche et évaluation, Centre national de prévention du crime, Délibérations du comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 2001-2002, Fascicule n° 22, page 57.

laquelle le contrevenant travaille étroitement avec un superviseur. Le traitement comprend : un counselling individuel et en groupe, une gestion continue du cas, le dépistage périodique et aléatoire de la consommation de drogues, et des services médicaux de toxicomanie – incluant le maintien à la méthadone lorsque nécessaire. Le personnel thérapeutique collabore aussi étroitement avec les organismes communautaires et les agences du système judiciaire pour répondre aux besoins des participants. Pour compléter le programme, le contrevenant ne doit pas avoir consommé de crack/de cocaïne et/ou d'héroïne pendant une période prolongée et il doit aussi démontrer un changement fondamental dans son style de vie impliquant l'amélioration de ses habiletés interpersonnelles, des conditions de logement stables et appropriées, et une démarche réussie en matière d'éducation et d'orientation professionnelle.

L'initiative du TTT semble être un pas dans la bonne direction mais il faudra attendre les résultats des évaluations en cours pour connaître l'efficacité de cette mesure. Même aux États-Unis, où ces programmes existent depuis le début des années 1980, peu d'évaluations rigoureuses de leurs impacts ont été effectuées. La plupart ont été effectuées sur une période de temps limitée, n'incluant pas un suivi à long terme afin de déterminer s'il y avait rechute ou abus de drogues et récidivisme criminel, et elles présentent des lacunes méthodologiques notamment sur les groupes témoins permettant l'attribution des effets constatés aux interventions du programme. Il est difficile aussi de comparer les projets canadiens avec les expériences américaines puisque les sentences minimales et des pénalités plus sévères imposées en général aux USA constituent un incitatif important pour les participants américains à demeurer dans le programme.⁷

Patricia Bégin, directrice de la recherche et de l'évaluation au Centre national de prévention du crime, a fourni les détails préliminaires suivants sur le TTT de Toronto :

« Brièvement, l'évaluation à Toronto repose sur une approche quasi expérimentale. Le groupe témoin se compose des « clients » jugés admissibles au programme mais qui ont décidé de ne pas participer, préférant plutôt passer par les voies classiques de la justice pénale.

Entre avril 1999, moment où on a commencé à rassembler les données en vue de l'évaluation, et le 5 octobre 2001, 284 personnes ont été inscrites au programme. 83 %, soit 234 personnes, forment le groupe expérimental, et cinquante (17 %) forment le groupe témoin.

Dans le groupe expérimental, 16,7 % des participants sont encore inscrits au programme ; 13,7 ou 14 % l'ont terminé avec succès, c'est-à-dire 32 personnes ; et 62 % ont été expulsés. Le taux de rétention total se situe à 31 %.

⁷ Patricia Bégin, directrice, Recherche et évaluation, Centre national de prévention du crime, Délibérations du comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 2001-2002, Fascicule n° 22, page 58.

Un aspect que la recherche a permis de mettre en lumière, c'est que le taux de rétention atteint 50 % lorsque les participants dépassent le cap des trois mois. Le tribunal essaie, par l'entremise des données, de mieux comprendre les caractéristiques des clients jugés admissibles mais qui ne réussissent pas et qui sont expulsés ou qui se retirent durant les trois premiers mois.

...L'évaluation a permis de constater que le groupe témoin est plus susceptible d'être formé de jeunes sans emploi ayant une activité illégale comme source de revenu, ayant un casier judiciaire et ayant été mis en prison plus souvent et accusés plus souvent d'une nouvelle infraction depuis leur inscription au tribunal des affaires de drogue. À bien des égards, le groupe témoin présente un risque beaucoup plus élevé que le groupe expérimental.

Le taux de récidive moins élevé noté chez les bénéficiaires du programme de tribunal des affaires de drogue et des services connexes est peut-être lié à leur degré de risques. Nous aimerions approfondir la question de savoir si ces différences sont attribuables à la participation au programme ou au degré moindre de risque et à la motivation de changer sa vie.

Les données de l'évaluation dont nous disposons jusqu'à maintenant nous révèlent ce qui suit : le tribunal des affaires de drogue à Toronto est capable de mobiliser les contrevenants et de les faire persévérer. Ceux qui persévèrent ont tendance à terminer le programme avec succès, et les données de suivi limitées ayant été réunies jusqu'à maintenant semblent indiquer qu'ils présentent bel et bien un taux de récidive moins élevé et qu'ils consomment moins de drogue.

Il y a aussi une réduction de la consommation de drogue et de l'activité criminelle chez les contrevenants pendant qu'ils participent au programme. Le taux de réarrestation a tendance à être moins élevé chez le groupe sujet que chez ceux qui ont été expulsés ou qui font partie du groupe témoin. Un des défis de l'évaluation, pour les quelques années à venir, consistera à mieux apparier les groupes de manière à définir les résultats, les impacts et les effets du tribunal sous certains aspects clés, qui touchent la consommation de drogue, l'activité criminelle, la réinsertion «prosociale» au sein de la collectivité, la stabilité familiale et les choses de cette nature.»⁸

Nous suivrons avec intérêt les résultats de cette évaluation. Notons tout de même au passage que le coût d'incarcération en Ontario par personne s'élève à environ 45 000 \$ par année, tandis que les coûts annuels de traitement des TTT sont évalués à 4 500 \$ par personne. Il est évident que cette approche pourrait mener à des économies importantes pour le système de justice pénale tout en contribuant à réduire les problèmes de dépendances aux drogues et de criminalité afférente chez un certain nombre de personnes.

⁸ Patricia Bégin, directrice, Recherche et évaluation, Centre national de prévention du crime, Délibérations du comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 2001-2002, Fascicule n° 22, pages 58-60.

DÉCISION ET DÉTERMINATION DE LA SANCTION

Les faiblesses des informations statistiques dont nous avons déjà discuté sont particulièrement évidentes en ce qui a trait aux décisions ainsi qu'à la détermination des sanctions liées aux drogues illicites. La vérificatrice générale avait aussi soulevé cette question dans son rapport 2001.

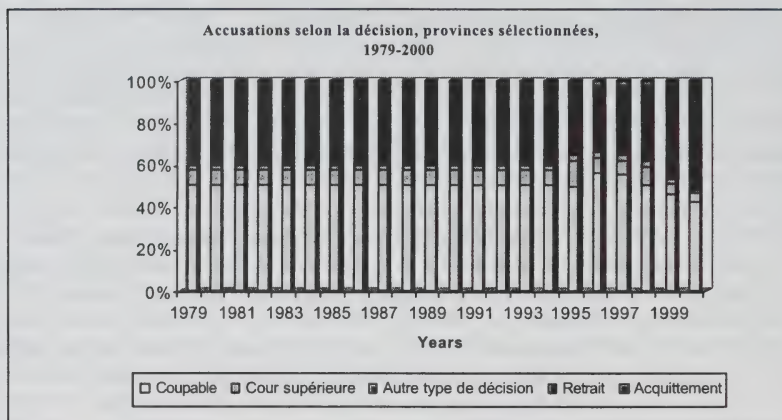
« Certains volets des statistiques sur l'application de la loi comportent des lacunes. Tout d'abord, il n'existe pas de statistiques nationales sur les condamnations et les peines infligées relativement aux drogues illicites. Ainsi, la Colombie-Britannique, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et le Nunavut ne fournissent pas à Statistique Canada de données sur les tribunaux pénaux pour adultes. L'utilisation des statistiques requiert une bonne analyse et une bonne interprétation pour comprendre les tendances et les causes sous-jacentes. Étant donné que le Canada ne possède pas de données nationales, il ne peut suivre des tendances importantes comme celles relatives à la durée des peines à l'apparition de nouvelles drogues ou aux écarts régionaux... »

Une deuxième lacune vient du fait que les statistiques sur les condamnations et les peines relatives aux drogues sont déclarées selon les catégories visées par la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, et ne sont pas très détaillées. Alors que les statistiques nationales sur les mises en accusation par la police répartissent le nombre d'accusations liées aux drogues selon le type de substance (par exemple, héroïne, cocaïne et cannabis) et le type d'infraction (par exemple, possession, trafic, importation et culture), les statistiques sur les condamnations ne sont réparties qu'en deux catégories – possession et trafic. Le rapport 1999-2000 publié par la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues, qui fait état des progrès du Canada en matière de réglementation des drogues, signale la nécessité d'améliorer les statistiques judiciaires sur les infractions liées aux drogues. »⁹

Malgré ces faiblesses, nous examinons certaines données dans les pages suivantes.

Le graphique suivant présente les résultats pour ceux qui sont accusés d'infractions reliées aux drogues dans certaines provinces. Il semble qu'à compter de 1995, il y ait eu une augmentation assez importante du pourcentage d'inculpés dont l'accusation a été suspendue ou retirée, d'où la diminution du pourcentage d'accusés trouvés coupables. Il faut cependant noter que ce graphique n'inclut pas les données de trois provinces (Nouveau-Brunswick, Manitoba et Colombie-Britannique) et d'un des territoires (Nunavut). De plus, les données de certains tribunaux du Québec n'y sont pas incluses. Notons enfin que les données avant 1995 sont basées sur des approximations établies à partir de la répartition moyenne des accusations durant la période couvrant les années 1995 à 2000.

⁹ Rapport de la vérificatrice générale du Canada 2001, Chapitre 11 – Les drogues illicites : Le rôle du gouvernement fédéral, page 15.



En 1996-1997, 64 % des personnes accusées de trafic de drogue ont été condamnées à une incarcération. La durée moyenne de la sentence était de quatre mois. La mise en liberté surveillée était la sentence la plus importante dans 24 % des affaires et l'amende dans 9 % des cas.¹⁰

Pour les infractions de possession, une amende était imposée dans 63 % des cas, d'un montant moyen de 200 \$. L'amende était la sentence la plus importante dans 55 % des cas, la mise en liberté surveillée dans 22 % des cas et la détention dans 13 % des cas.¹¹

Nous avons été informés que le SFP tente d'identifier et de mettre en œuvre des mesures de déjudiciarisation lorsqu'elles sont appropriées, par exemple pour les contrevenants accusés pour la première fois de possession simple de cannabis. Les projets pilotes de TTT à Toronto et à Vancouver, font aussi partie des mesures de rechange. De même, un « projet pilote de poursuite différée » est en cours au Manitoba où les procureurs demandent un engagement de ne pas troubler la paix publique pour les contrevenants accusés de possession de cannabis. Dans ces affaires, les accusations seraient suspendues pendant un an et, si le contrevenant ne revient pas devant le système judiciaire, l'affaire est alors classée. D'autres programmes de « déjudiciarisation » à travers le Canada nous ont été mentionnés.¹²

¹⁰ Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique, *Juristat*, Drogues illicites et criminalité au Canada, février 1999, page 7.

¹¹ *Ibid.*

¹² Croft Michaelson, directeur et avocat général principal, Section de l'élaboration des politiques stratégiques en matière de poursuites, Justice Canada, Délibérations du comité spécial sur les drogues

Bien que les données relatives aux décisions et aux peines soient faibles, quelques études nous donnent un aperçu de ce qui se passe au Canada. Un document préparé par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie examine les pratiques policières et judiciaires au Québec de 1985 à 1998.¹³ Le rapport démontre que les pratiques varient non seulement entre les régions du pays mais aussi à l'intérieur même de la province de Québec. Le rapport observe aussi que la déjudiciarisation des affaires de possession de cannabis est loin d'être une pratique courante et qu'on utilise ce recours davantage dans les affaires impliquant des mineurs où elle est en hausse (20,6 % en 1990, 48,2 % en 1995, 55,9 % en 1996 et 63 % en 1997). Ici aussi, les pratiques varient considérablement d'une région à l'autre. Environ 80 % des personnes accusées de possession de cannabis étaient des adultes, presque tous des hommes (environ 90 %). Le rapport indiquait que les sanctions n'étaient pas sévères, particulièrement où il était question d'une seule infraction. Pour les adultes, les sanctions imposées étaient principalement des amendes et la mise en liberté surveillée, exceptionnellement la détention. Pour les mineurs, la sanction la plus courante était le travail communautaire ou la mise en liberté surveillée ; la détention était rarement imposée. Les données pour Montréal en 1998 indiquent que l'incarcération pour possession de cannabis est moins probable (13,8 % de toutes les sanctions) que pour les autres substances, et que de telles sanctions sont plus courtes (50 % étaient d'une journée et aucune ne dépassait 10 jours). De plus, les amendes étaient moins élevées (les amendes moyennes pour le cannabis s'élevaient à 186 \$ tandis qu'elles s'élevaient à 277 \$ pour la cocaïne).

Patricia Erickson, une chercheure au Centre de toxicomanie et de santé mentale, a mené trois études à Toronto en 1974, en 1981 et en 1998 sur les personnes accusées de possession de cannabis. Ces études indiquent que les délinquants dans les affaires liées au cannabis étaient, en vaste majorité, des jeunes hommes (environ 90 % sont de sexe masculin et plus de la moitié sont âgés de 21 ans ou moins). La plupart (80 %) occupaient un emploi ou étaient étudiants, et environ la moitié vivaient avec les parents. La plupart des affaires impliquaient un seul chef d'accusation pour possession simple et les quantités étaient minimales : dans plus de 75 % des affaires, il s'agissait d'une quantité inférieure à 14 grammes de cannabis. L'étude de 1998 démontrait même que 50 % des accusations concernaient des quantités d'un gramme ou moins.

Dans les deux premières études, une libération inconditionnelle ou sous condition était la sentence la plus fréquente, et en 1998, 43 % des cas avaient fait l'objet d'une mesure de déjudiciarisation. Selon l'auteure, les sanctions semblaient avoir été accordées de manière aléatoire et [traduction] «il n'y avait aucun lien entre la peine

illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 2001-2002, Fascicule n° 22, pages 54-55.

¹³ Comité permanent de lutte à la toxicomanie, *La déjudiciarisation de la possession simple de cannabis*, juin 1999, pages 11-13.

imposée et les caractéristiques du contrevenant ou de l'affaire, la nature des accusations et la quantité de drogue en cause. »¹⁴

Erickson a aussi examiné la question de la dissuasion. Sa première étude indiquait que 92 % des contrevenants consommaient toujours un an plus tard (dans les études subséquentes, environ 80 % avaient l'intention de consommer ou consommaient encore). De plus, les données indiquaient que la sévérité de la sanction n'était pas reliée à la décision de consommer dans le futur. En fait, le meilleur prédicteur de la cessation de consommation après avoir été criminalisé était la quantité consommée par le contrevenant par le passé – moins la consommation était élevée, plus grandes étaient les probabilités qu'il cesse de consommer. Il n'y avait pas non plus d'indications que la judiciarisation avait des effets de dissuasion générale, même si l'auteure admettait que cette question est beaucoup plus difficile à mesurer.

Bien qu'elles soient une amélioration certaine de la réponse du système de justice traditionnel, les mesures de déjudiciarisation semblent élaborées de manière ad hoc et ne sont pas disponibles de la même manière à travers le pays. Par conséquent, des contrevenants qui pourraient en bénéficier n'y ont pas accès. De plus, les critères d'admission aux diverses mesures semblent diverger selon les programmes. Il en résulte une application inégale de la loi où des contrevenants ayant commis des infractions sont traités différemment selon leur lieu de résidence.

SERVICE CORRECTIONNEL

Le Service correctionnel du Canada (SCC) est responsable des contrevenants purgeant une peine d'emprisonnement de deux ans ou plus, incluant les individus reconnus coupables d'infractions graves liées à la drogue. Le SCC estime que :

- Près de 70 % des contrevenants (dans le système judiciaire fédéral) ont des problèmes d'alcool et/ou de drogues ;
- Plus de la moitié consommaient des drogues ou de l'alcool lorsqu'ils ont commis le délit pour lequel ils sont incarcérés ; et
- Environ 20 % des contrevenants en prison ont été reconnus coupables d'infractions reliées aux drogues.

Ces statistiques indiquent que l'abus de substance devrait constituer une haute priorité pour le SCC. Cela soulève deux questions : 1) comment répondre aux enjeux de la disponibilité des drogues dans les établissements fédéraux ?, et 2) comment

¹⁴ Dr Patricia Erickson, chercheuse, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Délibérations du comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 2001, Fascicule n° 2, page 90.

fournir les services de réadaptation aux détenus aux prises avec des problèmes de consommation de substances ?

En ce qui a trait aux mesures de sécurité, le SCC effectue des fouilles, des analyses d'échantillons d'urine et travaille avec la police pour partager les renseignements relatifs aux problèmes de drogues. De plus, des détecteurs ioniques ont récemment été installés dans chaque établissement pour aider à détecter l'introduction de drogues. Il est aussi question d'avoir un chien-détecteur de drogues dans chaque établissement. Malgré toutes ces mesures de sécurité, il serait difficile pour le SCC d'affirmer qu'ils gardent avec succès les substances psychoactives hors des pénitenciers. Les résultats nationaux provenant d'une analyse aléatoire d'échantillons d'urine en 2001-2002 démontraient que 12 % des échantillons étaient positifs pour au moins une drogue.¹⁵ De plus, une étude récente effectuée dans les établissements au Québec démontre que 29 % des détenus admettent consommer des drogues illicites, la plupart d'entre eux consommant du cannabis.

« L'incarcération ne résout pas nécessairement le problème. Une étude que nous avons menée récemment dans les pénitenciers canadiens de la région du Québec montre qu'il y a consommation à l'intérieur même des murs. Nous avons demandé aux détenus de nous indiquer leur consommation dans les trois derniers mois alors qu'ils étaient incarcérés - ce sont tous des hommes détenus - et 16 % nous ont dit qu'ils avaient consommé de l'alcool, tandis que 29 % nous ont dit qu'ils avaient consommé des drogues illicites. Dans la majorité des cas, il s'agit de cannabis, alors que ces mêmes détenus consommaient de la cocaïne à l'extérieur. C'est un changement très appréciable. Pourquoi consomment-ils du cannabis alors que le cannabis est beaucoup plus détectable par l'odeur et par les traces qu'il laisse dans l'urine? On peut détecter le cannabis pendant 15 jours après sa consommation alors que la cocaïne n'est détectable que durant 48 heures au maximum. Le détenu veut s'évader. La cocaïne est un stimulant qui le ramène à sa réalité et ce n'est pas ce que le détenu désire, il veut s'évader. Ce sont les produits calmants qui ont la cote. Ce sont parfois des benzodiazépines. Mais on peut facilement se procurer du cannabis. »¹⁶

Le SCC offre divers programmes de traitement aux détenus aux prises avec des problèmes de drogue, pour les aider à briser le cycle de dépendance et à réintégrer la communauté. Ces programmes incluent le programme de prévention de la toxicomanie, le programme CHOIX et un programme pour les détenus qui purgent une longue peine. Le SCC a aussi créé des unités de soutien intensif prévoyant des vérifications et des tests accrus pour soutenir le détenu dans ses efforts pour changer son comportement face à la toxicomanie. Le bureau de la vérificatrice générale évalue

¹⁵ Paul E. Kennedy, sous-solliciteur général adjoint principal, Secteur de la police et de la sécurité, Solliciteur général du Canada, Délibérations du comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 2001-2002, Fascicule n° 22, page 10.

¹⁶ Serge Brochu, professeur, Université de Montréal, Délibérations du comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 2001, Fascicule n° 12, pages 23-24.

que 53 % des détenus participent à des programmes de traitement pour toxicomanes pendant qu'ils purgent leur peine.¹⁷

En ce qui a trait à la réduction des méfaits, le SCC fournit le traitement à la méthadone à certains toxicomanes s'injectant des opiacés et met à la disposition des détenus de l'eau de Javel pour stériliser les aiguilles. Le SCC met aussi en pratique d'autres initiatives de prévention des maladies contagieuses telle la vaccination contre l'hépatite B. Au début de l'année 2002, le SCC a annoncé un programme de traitement à la méthadone plus étendu pour les détenus des pénitenciers fédéraux toxicomanes consommant de l'héroïne et d'autres opiacés.

Le Centre de recherche en toxicomanie (CRT) du SCC, créé à Montague à l'Île-du-Prince-Édouard en mai 2001, a pour mandat d'effectuer des études appliquées pour aider les Services correctionnels à mieux comprendre les questions entourant la toxicomanie chez les détenus et élaborer des programmes efficaces de traitement de la dépendance. C'est le seul centre de recherche établi par un organisme correctionnel qui s'adresse spécialement aux défis de la toxicomanie. Avec un personnel de 20 employés, le centre concentre ses activités de recherche sur quatre domaines : l'élaboration de programme (programmes de sensibilisation culturelle pour les femmes et les détenus autochtones) ; la recherche sur les programmes (dans des secteurs tels que l'intervention communautaire, la méthadone, les unités de soutien intensif et le syndrome d'alcoolisme fœtal) ; l'évaluation et la surveillance (pour mesurer les tendances et évaluer le succès des interventions) ; et la diffusion des connaissances.

Le principal poste de dépenses du SCC correspond à l'incarcération. Le bureau de la vérificatrice générale a évalué qu'en 1999, le SCC a dépensé 169 millions \$ pour les drogues illicites : 154 millions \$ pour les détenus purgeant des peines en totalité ou en partie pour des infractions reliées aux drogues ; 8 millions \$ pour les programmes de lutte contre la toxicomanie (incluant l'alcoolisme) ; 4 millions \$ pour les programmes de traitement (p. ex. la méthadone) ; et 3 millions \$ pour effectuer des analyses d'échantillons d'urine. Les coûts des mesures de sécurité pour contrôler l'approvisionnement de drogues dans les établissements étaient inconnus.¹⁸ Estimant la population actuelle des détenus fédéraux à 13 000 individus, si environ 7000 d'entre eux participent aux programmes de traitement pour les toxicomanes pendant qu'ils purgent leur peine, c'est dire que les services correctionnels dépensent environ 1 150 \$ par détenu pour les programmes de traitement.

Au 31 décembre 2000, 5 779 contrevenants trouvés coupables d'infractions liées aux drogues étaient sous juridiction fédérale (purgeant leur peine soit dans un établissement fédéral soit en libération conditionnelle). Parmi ceux-ci, 3 890 purgeaient des peines pour trafic, 621 pour importation, 225 pour culture et 2 221 pour

¹⁷ *Rapport de la vérificatrice générale du Canada 2001*, Chapitre 11 – Les drogues illicites : Le rôle du gouvernement fédéral, page 15.

¹⁸ *Rapport de la vérificatrice générale du Canada 2001*, Chapitre 11 – Les drogues illicites : Le rôle du gouvernement fédéral, page 18.

possession.¹⁹ Parmi les 2 548 purgeant leur peine dans un établissement correctionnel fédéral la répartition est la suivante : 1 613 pour trafic, 113 pour importation, 82 pour la culture et 1 318 pour possession.²⁰ Rappelons que les détenus purgeant leur peine dans des établissements fédéraux ont été condamnés à la détention pour deux ans ou plus. Pour les 3 231 en libération conditionnelle la répartition selon les infractions est la suivante : 2 312 pour trafic, 508 pour importation, 145 pour culture et 946 pour possession.²¹

Entre 1995 et 2000, la population carcérale totale pour les infractions liées aux drogues dans le système fédéral a augmenté de presque 9 %. Une bonne partie de cette augmentation est reliée à ceux qui sont en liberté conditionnelle, étant donné que ce groupe a augmenté de 19 % pendant cette période. Durant la même période, le nombre d'individus purgeant leur peine dans les établissements a diminué de 2 %.²²

À la fin de l'an 2000, la durée moyenne de l'emprisonnement pour infraction liée aux drogues était de 2,2 années, et la durée moyenne des libérations conditionnelles était de 3,7 années, durées moyennes inférieures à celles des autres infractions (non liées aux drogues). Nous observons aussi que le temps moyen purgé en détention pour les infractions de possession était de 2,52 années, tandis qu'il s'élevait à 1,89 année pour trafic, à 1,48 année pour importation et à 0,88 année pour culture. Pour les libérations conditionnelles, le temps moyen purgé pour importation était de 4,6 années, tandis qu'il s'élevait à 3,6 années pour possession, à 3,5 années pour trafic et à 2,2 années pour culture.²³ Selon le SCC, le fait que les contrevenants semblent purger plus de temps pour les infractions de possession que pour les autres infractions liées aux drogues telles que le trafic, s'expliquerait par le fait qu'ils purgent souvent des peines pour d'autres infractions, plus graves, rendant les comparaisons extrêmement difficiles.

Le graphique suivant présente les données relatives au nombre d'admissions par région dans les établissements correctionnels fédéraux en relation avec les infractions liées aux drogues pour l'année 2000 et le nombre de détenus incarcérés dans les différentes régions du pays, en date du 31 décembre 2000.

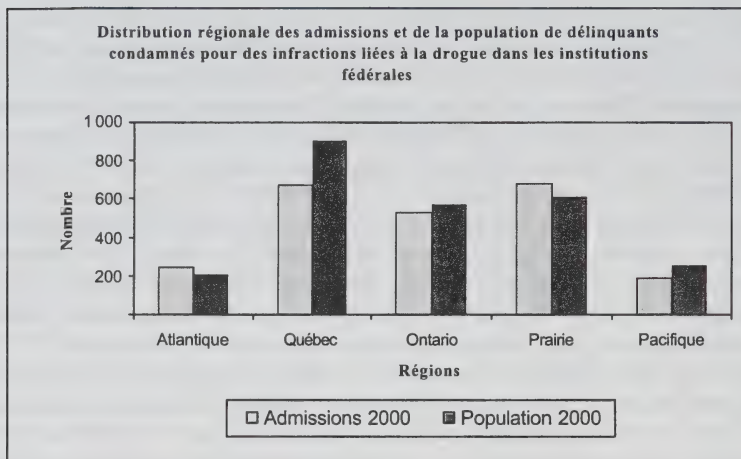
¹⁹ Service correctionnel du Canada, *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle*, volume 13, n° 3, septembre 2001, page 25. La possession en vue de faire du trafic est comprise dans les chiffres pour le trafic.

²⁰ *Ibid.* Certains contrevenants peuvent être représentés dans plus d'une catégorie d'infraction reliée aux drogues.

²¹ *Ibid.* Certains contrevenants peuvent être représentés dans plus d'une catégorie d'infraction reliée aux drogues.

²² *Ibid.*

²³ Service correctionnel du Canada, *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle*, Profil de la population de délinquants condamnés pour une infraction liée à la drogue dans le système correctionnel fédéral canadien, septembre 2001, volume 13, n° 3, page 26.



CASIER JUDICIAIRE

Les conséquences d'une accusation criminelle sont multiples : avant le verdict il y a des coûts directs reliés à la comparution devant le système de justice pénale tels les frais juridiques, le temps passé à l'extérieur du travail, etc., et des coûts indirects lorsque l'accusé doit se présenter au poste de police. Il existe aussi des coûts émotionnels liés aux inquiétudes du fait d'être accusé d'une infraction criminelle. L'accusé subit ces coûts même s'il n'est pas trouvé coupable ou que l'accusation est retirée plus tard.²⁴

Les sanctions imposées par les tribunaux constituent un autre coût évident pour les contrevenants, qu'il s'agisse d'une amende ou d'une période de probation. Finalement, il existe des coûts subséquents à une condamnation. Par exemple, une condamnation criminelle peut avoir un impact négatif sur les perspectives d'emploi et peut représenter un empêchement pour voyager à l'extérieur du pays. Les séquelles de la criminalisation affectent tous les contrevenants. Ceux qui reçoivent des sentences plus sévères se sentent généralement traités de manière injuste, ce qui peut mener à un manque de respect envers l'administration de la justice.²⁵

Le criminaliste Allan Young a déclaré ce qui suit au Comité :

²⁴ Dr Patricia Erickson, recherchiste, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Délibérations du comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 2001, Fascicule n° 2, pages 82-90.

²⁵ *Ibid.*

« Je reçois deux à trois appels par semaine de citoyens qui, si ce n'est qu'ils fument de la marijuana, sont autrement respectueux des lois, mais qui ont perdu leur emploi, se sont vu refuser l'entrée aux États-Unis ou l'accès à leurs enfants ou à des emplois au gouvernement. Ces gens ont été traités comme des criminels de droit commun. C'est le plus gros problème que pose l'interdiction de la marijuana : si vous traitez en criminels ceux qui, autrement, sont respectueux des lois, ils commenceront à perdre tout respect pour des gens comme M. Fontina et ceux qui s'efforcent de défendre et de protéger nos intérêts. »²⁶

En ce qui a trait aux coûts d'interdiction du cannabis, le Dr Patricia Erickson a indiqué que nous avons le choix.

« Il est évident que dans le contexte de la politique antidrogues des États-Unis, les personnes pour qui la consommation de drogue est une question d'ordre moral n'attachent pas d'importance au coût. Le coût leur importe peu. Ce qui leur importe, c'est de veiller à ce que la consommation de drogue soit considérée comme une mauvaise chose. Mais au Canada, nous avons toujours été plus pondérés et nous nous appuyons davantage sur les faits. C'est une nette distinction par rapport aux États-Unis. Les Canadiens peuvent au moins mesurer les coûts des politiques, en discuter et envisager d'autres solutions. Nous ne sommes pas prêts à payer n'importe quel prix. »²⁷

Une condamnation criminelle peut aussi constituer un facteur important lors de toute interaction future avec le système de justice pénale. Elle peut : influencer la décision d'un officier de police à porter une accusation là où il/elle aurait pu autrement utiliser son pouvoir discrétionnaire ; amener un procureur de la Couronne à choisir de poursuivre par voie de mise en accusation plutôt que par déclaration sommaire de culpabilité ; être utilisée dans certaines circonstances dans des procédures criminelles subséquentes ; et mener un juge à imposer une sanction plus sévère. Il ne s'agit pas là de conséquences triviales – surtout lorsqu'il s'agit d'un délit de possession de cannabis.

Qu'arrive-t-il en cas d'absolution conditionnelle ou inconditionnelle ? L'article 730 du *Code criminel* indique qu'une telle personne est réputée n'avoir jamais été déclarée coupable d'une infraction. Pourtant, il est probable que la plupart répondent affirmativement si on leur demande, sur un formulaire de demande d'emploi ou lors d'une entrevue, s'ils ont déjà été arrêtés, reconnus coupables ou ont déjà plaidé coupables pour une infraction criminelle.

Une condamnation ne signifie pas nécessairement que la personne a un « casier judiciaire », c'est-à-dire un dossier dans le système du Centre d'information de la police canadienne (CIPC). Ce système d'information informatisé utilisé par les services policiers fournit des renseignements relatifs aux crimes et aux criminels. La banque de données d'identification (une des quatre banques de données du CIPC), contient la

²⁶ Alan Young, professeur agrégé, Osgoode Hall Law School, Délibérations du comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 2001, Fascicule n° 5, page 27.

²⁷ Dr Patricia Erickson, chercheuse, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Délibérations du comité spécial sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 2001, Fascicule n° 2, page 99.

fiche précise du casier judiciaire dans laquelle les données sont entrées, à partir de l'information contenue sur la fiche dactyloscopique. Ce dossier contient des données signalétiques (telles que l'état du dossier, la description du sujet, l'historique du sujet (casier, type d'infraction) et les noms d'emprunt du sujet). Le casier judiciaire complet est disponible sur demande dans toutes les agences desservies par des terminaux du CIPC.

Pour les contrevenants adultes, le casier judiciaire sera détruit dès que surviendra l'une des deux situations suivantes, soit trois ans après le décès de l'individu ou lorsque ce dernier atteindra l'âge de 80 ans (toutefois, dans certaines circonstances, cela ne s'applique pas, par exemple si la personne a été accusée au cours des dix dernières années). Les absolutions inconditionnelles ou conditionnelles seront retirées et archivées comme suit : pour une absolution inconditionnelle survenue le ou après le 24 juillet 1992, à l'expiration d'une période d'un an suivant la date de la sentence le casier judiciaire sera archivé pour une période de cinq ans et ensuite détruit ; pour une absolution conditionnelle survenue le ou après le 24 juillet 1992, à l'expiration d'une période de trois ans suivant la date de la sentence, le casier judiciaire est maintenu en archive pour une période de cinq ans et ensuite détruit. Toute libération précédant le 24 juillet 1992 sera détruite sur demande écrite. Lorsqu'un pardon est accordé, l'information relative à l'infraction est retirée du CIPC et est classée dans un endroit sûr, distinct et à l'écart des autres casiers judiciaires (les données sont détruites suivant les directives mentionnées plus haut). Suite à un acquittement, l'accusé peut faire une demande au service de police qui s'est occupé de l'affaire afin que l'information soit supprimée des dossiers de la police locale et de la GRC. La GRC acceptera de retourner les empreintes digitales de la personne et de retirer du CIPC les informations relatives à l'infraction seulement sur demande du service de police qui s'occupait de l'affaire. Des règlements spéciaux s'appliquent aux jeunes contrevenants.

Même si une personne n'a pas de « casier judiciaire », cela ne signifie pas que la personne n'a pas été reconnue coupable d'une infraction criminelle. Bien qu'il soit plus probable que l'existence d'un casier judiciaire puisse entraîner des conséquences négatives, les questions soulevées ci-dessus s'appliquent aussi à ceux qui ont été condamnés sans pour autant avoir de « casier judiciaire ». Selon les circonstances et la façon dont la question est formulée, l'absence de casier judiciaire peut ne pas être pertinente.

L'infraction pour possession de moins que 30 grammes de marijuana étant une infraction jugée sur déclaration sommaire de culpabilité, les empreintes digitales d'une personne ne devraient plus être relevées suite à son arrestation. Les empreintes digitales constituant la base du casier judiciaire, cette seule infraction ne devrait pas mener à la constitution d'un dossier judiciaire sur CPIC. Toutefois, avant la réforme de la loi en 1996, les personnes accusées de simple possession étaient sujettes à l'ouverture

d'un casier judiciaire et, au début des années 1990, plus de 500 000 Canadiens possédaient un casier judiciaire pour possession de cannabis.²⁸

À cause de la complexité de cette situation, on peut se demander si les personnes qui ont été condamnées pour une infraction, quelle que soit la sentence imposée ou s'ils ont reçu un pardon, connaissent leurs droits. Par exemple, lorsqu'elles complètent un formulaire d'emploi, la plupart des personnes auraient probablement de la difficulté à répondre à certaines questions reliées à leur passé criminel.

CONTESTATIONS JUDICIAIRES²⁹

On ne s'étonnera pas que les contestations en vertu de la *Charte* concernant la validité des lois prohibant l'usage des drogues aient jusqu'ici porté sur la marijuana, et non sur des drogues plus dures comme la cocaïne ou l'héroïne. La jurisprudence concernant le droit au cannabis à des fins médicales ayant été examinée au chapitre 13, cette section portera sur les cas où l'on revendique le droit d'utiliser des drogues à des fins non thérapeutiques (ou récréatives). Les revendications relatives à l'usage à des fins médicales ont obtenu plus de succès, mais les tribunaux prennent plus au sérieux qu'il y a quelques années les requérants prônant l'usage à des fins récréatives.

Jusqu'ici, au Canada, les tribunaux ont confirmé l'interdiction législative de l'usage non thérapeutique de la marijuana. Mais leurs motifs sont maintenant plus élaborés, nombreux et étayés. Cela traduit manifestement, du moins en partie, une évolution de la perception judiciaire de la portée de l'article 7 de la *Charte*.

Nous n'avons trouvé aucun cas de contestation de l'interdiction de la marijuana ou d'autres drogues en vertu de la *Déclaration canadienne des droits*. Cela s'explique, du moins en partie, par la façon dont les tribunaux abordent la *Déclaration des droits* en général et la clause relative à « l'application régulière de la loi » en particulier. C'est avec circonspection que les tribunaux ont appliqué la *Déclaration des droits*, qui, comme il s'agit d'une loi ordinaire, « ne traduit pas » selon eux « un mandat constitutionnel clair de rendre des décisions judiciaires ayant pour effet de limiter ou de restreindre la souveraineté traditionnelle du Parlement »³⁰. De plus, le principe de « l'application régulière de la loi » se limitait, selon

²⁸ Patricia Erickson et Benedikt Fisher, *Politique canadienne sur le cannabis : conséquences de la criminalisation, réalité actuelle et possibilités d'action future*, Communication présentée dans le cadre du Symposium international sur la politique en matière de cannabis, le droit criminel et les droits de la personne à Bremen, en Allemagne, du 5 au 7 octobre 1995.

²⁹ La présente section est en grande partie inspirée du document intitulé *La prohibition des drogues et la Constitution*, préparé pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites par David Goetz, Division du droit et du gouvernement, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, 1^{er} mars 2001.

³⁰ R. c. *Therens*, [1985] 1 R.C.S. 613, par. 639, selon le juge Le Dain.

le point de vue d'alors, à l'équité de la procédure, et le droit à la « liberté » était visiblement censé signifier uniquement la protection contre la contrainte physique.

Le premier cas de contestation en vertu de la *Charte* relativement à l'infraction de possession de narcotique illicite (en l'occurrence de la marijuana) fut l'affaire *R. c. Lepage* (8 mai 1989)³¹, portée devant la Cour supérieure du Québec. Cependant, ce jugement n'a pas été publié, et nous n'avons pas pu en trouver d'exemplaire ; nous ne disposons donc pas des motifs de la décision ni des dispositions de la *Charte* qui y ont été invoquées.

La décision de la Cour suprême de la Colombie-Britannique dans l'affaire *R. c. Cholette* (1993)³² est la première que nous ayons pu trouver qui ait trait directement à une contestation de l'interdiction de la marijuana en vertu de l'article 7 de la *Charte*. En l'espèce, l'accusé soutenait que l'interdiction enfreignait son droit à la sécurité de sa personne selon l'article 7. L'accusé avait évoqué les bienfaits qu'il retirait de l'usage de la marijuana et contesté les motifs de la décision initiale du gouvernement lorsqu'il a interdit la marijuana en 1923 (l'accusé estimait que cela traduisait un préjugé et un stéréotype antiasiatique) et le maintien de cette interdiction, affirmant que rien ne prouvait que la société subissait des torts importants à cet égard. Le juge Dorgan a rejeté l'argument de l'accusé et conclu que celui-ci n'avait pas fait la preuve que l'interdiction de la marijuana [Traduction] « *entrave de quelque manière concrète le droit d'avoir accès à un traitement médical pour des troubles représentant un danger pour la vie ou la santé de l'accusé [...]* »³³

Quatre mois après l'affaire *Cholette*, la Cour d'appel du Québec a dû répondre à des arguments du même genre dans l'affaire *R. c. Hamon* (1993).³⁴ Cette fois, l'accusé s'inspirait d'une conception plus large du droit à la liberté proposée par la juge Wilson dans l'affaire *Morgentaler*, faisant valoir que la décision de consommer de la marijuana était une décision personnelle. L'accusé estimait par ailleurs que, comme la marijuana ne cause pas vraiment de tort à la collectivité (ou du moins pas plus que le tabac ou l'alcool), son interdiction était arbitraire et irrationnelle et, par conséquent, contraire aux principes de justice fondamentale. Le juge Beauregard, parlant pour la Cour, était disposé à supposer qu'une interdiction pénale arbitraire serait contraire aux principes de justice fondamentale.³⁵ Mais le tribunal a conclu que cette interdiction n'était pas arbitraire et il a accepté le témoignage du spécialiste invité à comparaître pour le gouvernement selon lequel l'usage du cannabis avait des effets néfastes sur les utilisateurs et sur la collectivité.³⁶ De plus, le tribunal a rejeté la proposition que la décision du gouvernement de traiter le cannabis différemment du tabac et de l'alcool

³¹ Bruce A. MacFarlane, Robert J. Frater et Chantal Proulx, *Drug Offences in Canada*, Aurora (Ontario), Canada Law Book, 1996 (révisé en novembre 2000) (non relié), pages 4-27.

³² [1993] B.C.J. n° 2616.

³³ *Ibid.*, par. 9.

³⁴ 20 C.R.R., (2d) 181, [1993] A.Q. n° 1656.

³⁵ *Ibid.*, par.183 C.R.R. et par. 14, [1993] A.Q.

³⁶ *Ibid.*, par.183-184 C.R.R. et par. 17-20, [1993] A.Q.

était injuste.³⁷ L'autorisation de faire appel de cette décision devant la Cour suprême du Canada fut refusée.

En 1997, dans l'affaire *R. c. Hunter*³⁸, le juge Drake de la Cour suprême de la Colombie-Britannique a répondu à une contestation de l'interdiction de la marijuana et de la psilocybine en vertu de diverses dispositions de la *Charte*. Le juge a rejeté sommairement les arguments de l'accusé selon lesquels les interdictions enfreignaient les droits garantis par l'article 7 en matière de liberté et de sécurité de la personne, déclarant simplement que [Traduction] « *les deux lois comportent des interdictions raisonnables contre certains comportements et que la portée de leur application n'est pas exagérée* » et invoquant, pour l'approuver, la décision de la Cour d'appel du Québec dans l'affaire *Hamon*.³⁹

Dans les affaires antérieures relatives à des contestations de l'interdiction de la marijuana (et de la psilocybine dans l'affaire *Hunter*) en vertu de l'article 7 de la *Charte*, les tribunaux avaient rejeté ces arguments sans trop s'y attarder. Cependant, dans deux décisions de tribunaux provinciaux publiées en 2000, des arguments semblables ont fait l'objet d'une analyse plus approfondie.

La première est l'affaire *R. c. Malmo-Levine* (et la décision complémentaire *Regina c. Caine*)⁴⁰, qui a fait l'objet d'un jugement de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique publié le 2 juin 2000. En l'espèce, une majorité de la Cour a conclu que la prohibition pénale de la simple possession de marijuana est conforme à l'article 7 de la *Charte*.

Premièrement, la Cour a décidé que le droit à la liberté garanti à l'accusé par l'article 7 était en jeu du fait que la peine prévue pour l'infraction pouvait être l'emprisonnement et qu'il n'était donc pas nécessaire de décider si l'usage personnel de marijuana à des fins récréatives était un droit garanti par ailleurs dans le cadre du droit à la « liberté ». ⁴¹

S'exprimant au nom de la majorité, le juge Braidwood s'est ensuite attelé à la tâche de circonscrire et de définir les principes de justice fondamentale applicables en l'espèce. Après avoir pris connaissance de la jurisprudence ordinaire et de la jurisprudence constitutionnelle, de la doctrine juridique et de traités de philosophie (notamment de John Stuart Mill), et des rapports de la Commission de réforme du droit, la Cour a accepté l'argument de l'accusé, qui soutenait que les principes de justice fondamentale au sens de l'article 7 de la *Charte* comportent un précepte formulé comme « principe du préjudice », selon lequel une personne ne doit pas être emprisonnée à moins que ses activités ne risquent de causer préjudice aux autres.⁴² De plus, ce principe suppose que le degré de préjudice en question ne soit [Traduction] « *ni insignifiant ni négligeable* ». ⁴³

³⁷ *Ibid.*, par.185 C.R.R. et par. 22-26, [1993] A.Q.

³⁸ [1997] B.C.J. n° 1315.

³⁹ *Ibid.*, par. 15.

⁴⁰ [2000] B.C.J. n° 1095.

⁴¹ *Ibid.*, par. 69.

⁴² *Ibid.*, par. 134.

⁴³ *Ibid.*, par. 138.

Le « principe du préjudice » considéré comme principe de justice fondamentale s'inscrit dans la foulée de la prémisse avancée par la Cour d'appel du Québec dans l'affaire *Hamon* selon laquelle une interdiction arbitraire et irrationnelle est contraire à l'article 7 de la *Charte*.

Comme dans l'affaire *Hamon*, la majorité de la Cour dans l'affaire *Malmo-Levine* a conclu que l'interdiction n'était pas arbitraire. Le juge Braidwood, parlant au nom de la majorité de la Cour, a soutenu que l'interdiction pénale de possession de marijuana satisfaisait le principe du préjudice. La majorité a conclu que le Parlement avait eu des « motifs raisonnables » d'interdire la marijuana étant donné les constatations suivantes au sujet des effets de son usage sur la santé :

- ❖ Affaiblissement de la capacité à conduire, à piloter ou à faire fonctionner des machines complexes, et à cet égard les utilisateurs risquent de causer préjudice aux autres comme à eux-mêmes (quoiqu'on ne puisse pas dire que le nombre d'accidents attribuables à la consommation de marijuana est important).
- ❖ Risque pour le consommateur de devenir un utilisateur « chronique ». Environ 5 % des consommateurs de marijuana sont des utilisateurs chroniques, et il est impossible de prévoir qui est susceptible de devenir un utilisateur chronique. Si la marijuana était légalisée, le nombre de consommateurs et donc d'utilisateurs chroniques risquerait d'augmenter.
- ❖ Risques accrus pour la santé des « personnes vulnérables », par exemple les jeunes adolescents.
- ❖ Risques de coûts supplémentaires pour le système de santé et le système d'aide sociale (bien que, aux taux actuels de consommation, ces coûts seraient « négligeables » comparativement aux coûts associés à la consommation de tabac ou d'alcool).⁴⁴

Le juge Braidwood a ensuite mis en balance les intérêts de l'État et les droits de la personne, selon le point de vue adopté par la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Cunningham*, pour déterminer si l'interdiction pénale de la possession de marijuana constituait un « juste équilibre » entre les intérêts individuels et les intérêts collectifs. Du point de vue individuel, la Cour a évalué les effets délétères de l'emprisonnement et de l'établissement d'un casier judiciaire sur la personne et sa famille. Elle a également rappelé le manque de respect et de confiance à l'égard des lois antidrogues qu'alimente l'interdiction de possession de marijuana. Du côté des intérêts de l'État, la Cour a évalué le fait que le maintien de l'interdiction puisse servir à limiter autant que possible les préjudices causés aux utilisateurs éventuels et à la société par l'usage du cannabis, qui, [Traduction] « *si minimes soient-ils [...] ne sont ni insignifiants ni négligeables* ». ⁴⁵ La Cour a par ailleurs fait remarquer que, dans la pratique, il y a de bonnes chances qu'une

⁴⁴ *Ibid.*, para. 142.

⁴⁵ *Ibid.*, par. 150.

personne mise en accusation pour simple possession de marijuana fasse l'objet d'une légère amende ou soit relâchée, à moins qu'il s'agisse d'un récidiviste.⁴⁶ Il n'en reste pas moins, a-t-elle ajouté, que la menace d'une peine d'emprisonnement demeure et que, quoi qu'il en soit, [Traduction] « *tous les ans, des milliers de Canadiens se voient attribuer un casier judiciaire en raison d'une activité remarquablement bénigne* ». ⁴⁷

Enfin, le juge Braidwood a fait remarquer que le résultat de l'évaluation comparative des intérêts en jeu était [Traduction] « *très serré* » et que « *il n'y avait pas clairement de gagnant* ». ⁴⁸ Il a cependant rappelé que le Parlement doit faire l'objet d'une certaine déférence dans les questions relatives à l'ordre public et il est revenu à sa conclusion que, même si la menace que représente la marijuana n'est pas très grave, il n'était pas nécessaire qu'elle le soit pour que le Parlement intervienne. ⁴⁹ Du point de vue des principes de justice fondamentale, il suffit d'une « *appréhension raisonnée du préjudice* ». ⁵⁰ Comme cela a été démontré, la majorité a rejeté la contestation présentée par l'accusé en vertu de l'article 7.

Dans son opinion dissidente, le juge Prowse, tout en étant d'accord avec une grande partie de l'analyse du juge Braidwood, a estimé que l'article 7 et le principe du préjudice exigeaient un degré de dommage plus élevé que simplement non insignifiant ou non négligeable pour justifier une interdiction pénale. Comme l'accusé avait pu démontrer l'absence de preuves attestant une appréhension raisonnable de tort «grave, substantiel ou important», le juge Prowse aurait conclu que l'interdiction pénale de la simple possession de marijuana enfreignait l'article 7 de la *Charte*. ⁵¹

Dans l'affaire *R. c. Clay* ⁵² (31 juillet 2000), la Cour d'appel de l'Ontario a abordé à peu près les mêmes questions que celles qui ont été traitées dans l'affaire *Malmo-Levine*. De plus, c'est un tribunal unanime de la Cour d'appel de l'Ontario qui a conclu dans le même sens que la majorité de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique le mois précédent.

Dans l'affaire *Clay*, le juge Rosenberg, parlant pour la Cour, a accepté le «principe du préjudice» explicité par le juge Braidwood dans l'affaire *Malmo-Levine*. ⁵³ Il a entre autres rappelé que la notion d'un «principe du préjudice» contenue à l'article 7 était conforme à la déclaration du juge Sopinka dans l'affaire *Rodriguez*, énonçant que « *lorsque la restriction du droit en cause ne fait que peu ou rien pour promouvoir l'intérêt de l'État (quel qu'il puisse être), il [...] semble qu'une violation de la justice fondamentale sera établie puisque la restriction du droit du particulier n'aura servi aucune fin valable* ». ⁵⁴

⁴⁶ *Ibid.*, par. 153.

⁴⁷ *Ibid.*, par. 155.

⁴⁸ *Ibid.*, par. 155 et 156.

⁴⁹ *Ibid.*, par. 156 et 158.

⁵⁰ *Ibid.*, par. 158.

⁵¹ *Ibid.*, par. 165 et 167-186.

⁵² (2000), 49 O.R. (3d) 577.

⁵³ *Ibid.*, par. 28-31.

⁵⁴ *Ibid.*, par. 31.

De plus, en appliquant le «principe du préjudice» à l'interdiction pénale de la possession de marijuana, la Cour est parvenue à la même conclusion que la majorité dans l'affaire *Malmo-Levine* : comme il existe des preuves que le tort causé par la marijuana n'est ni négligeable ni insignifiant, le Parlement a des motifs raisonnables d'intervenir comme il l'a fait, et l'interdiction de la marijuana est donc conforme aux principes de justice fondamentale au sens de l'article 7.⁵⁵

Dans l'affaire *Clay*, le juge Rosenberg, a fait remarquer que, si les raisons initiales d'inclure la marijuana parmi les narcotiques prohibés reflétaient peut-être un certain « racisme » et des « craintes irrationnelles et sans fondement », l'objectif, valable celui-là, d'éviter des préjudices aux Canadiens demeurerait constant.⁵⁶ La Cour a également rejeté (du point de vue de l'analyse constitutionnelle) la pertinence des arguments et des éléments de preuve selon lesquels des substances licites, comme l'alcool et le tabac, causent des dommages plus grands que la marijuana : [Traduction] « le fait que le Parlement n'ait pas pu ou pas voulu interdire l'usage d'autres substances plus dangereuses n'exclut pas son intervention à l'égard de la marijuana, pourvu qu'il ait des motifs raisonnables de le faire ». ⁵⁷ La Cour a conclu que tel était le cas et elle a confirmé l'interdiction de la possession de marijuana, sauf à des fins médicales (lequel cas a été analysé par la Cour dans l'affaire parallèle *R. c. Parker*, dont nous avons parlé au chapitre 13).⁵⁸

Comme dans l'affaire *Malmo-Levine*, la Cour a conclu dans l'affaire *Clay* que l'article 7 de la *Charte* avait été évoqué en raison de la possibilité d'emprisonnement, qui renvoyait au droit à la liberté de l'accusé. La Cour a cependant été plus loin dans l'affaire *Clay*, où elle a répondu à l'argument que l'usage personnel en soi de marijuana était protégé en tant qu'aspect du droit à la liberté et/ou à la sécurité de la personne étant donné la conception élargie de ces droits par la Cour suprême du Canada dans les arrêts *B. (R.) c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto, Nouveau-Brunswick (ministre de la Santé et des services communautaires) c. G. (J.) et Rodriguez* (analysés plus haut). La Cour a conclu que l'usage personnel de la marijuana (en dehors de son usage médical effectif) ne mettait pas en jeu [Traduction] « l'aspect plus large du droit à la liberté » qui protège la liberté de prendre des décisions « d'importance fondamentale pour la personne ». ⁵⁹ Il n'entrait pas non plus dans la sphère de l'autonomie personnelle, qui englobe le droit de [Traduction] « faire des choix concernant son propre corps » et le droit [Traduction] « à la dignité humaine fondamentale » en tant qu'aspects du droit à la sécurité de la personne. ⁶⁰

La Cour suprême est actuellement saisie des affaires *Malmo-Levine*, *Caine* et *Clay*. La Cour sera appelée à décider si l'article 7 de la *Charte* contient le « principe du préjudice » et à répondre à la question connexe, soit le seuil de préjudice acceptable :

⁵⁵ *Ibid.*, par. 34 et 37.

⁵⁶ *Ibid.*, par. 34.

⁵⁷ *Ibid.*, par. 36.

⁵⁸ *Ibid.*, par. 37 et 38.

⁵⁹ *Ibid.*, par. 13.

⁶⁰ *Ibid.*, par. 14-18.

est-il suffisant que le préjudice ne soit « ni insignifiant ni négligeable » ou faut-il qu'il y ait appréhension raisonnable de préjudice grave, considérable ou important ?

CONCLUSIONS

Conclusions du chapitre 15

- Les coûts reliés aux poursuites pour infractions liées aux drogues en 2000-2001 s'élevaient à 57 millions \$ dont environ 5 millions \$ correspondaient à des poursuites pour infractions de possession de cannabis, ou environ 10 % du budget total.
- En 1999, on évalue que les tribunaux de justice pénale canadiens ont traité 34 000 affaires liées aux drogues nécessitant plus de 400 000 comparutions.
- Les initiatives des tribunaux de traitement de la toxicomanie semblent encourageantes mais il faudra attendre les résultats des évaluations pour s'assurer que ces programmes sont efficaces.
- Les données relatives à la décision et à la détermination de sanction pour ce qui est des infractions liées aux drogues, sont faibles et il existe un besoin urgent de corriger cette situation.
- Le Service correctionnel du Canada dépense un montant évalué à 169 millions \$ pour faire face aux drogues illicites au moyen de l'incarcération, de programmes de lutte contre la toxicomanie, de programmes de traitement et de mesures de sécurité ; les dépenses pour les programmes de lutte contre la toxicomanie sont relativement peu élevées compte tenu du nombre de détenus qui ont de tels problèmes.
- Une condamnation criminelle liée aux drogues peut causer un impact négatif sur la situation financière d'une personne, sur ses perspectives d'emploi et restreindre sa capacité à voyager à l'étranger. De plus, cela peut constituer un facteur important lors d'une future implication avec le système de justice pénale.
- Les cours d'appel provinciales ont jusqu'à maintenant maintenu la constitutionnalité de l'interdiction du cannabis. Elles ont observé que les dommages causés par la consommation de marijuana ne sont ni insignifiants ni négligeables, justifiant ainsi le Parlement d'agir comme il l'a fait, et ont donc conclu que l'interdiction de la marijuana est par conséquent en accord avec les principes de justice fondamentale de l'article 7 de la Charte. Ces

décisions ont fait l'objet d'un appel et la Cour Suprême du Canada décidera bientôt si l'interdiction du cannabis à des fins non médicales est constitutionnelle.

CHAPITRE 16

PRATIQUES PRÉVENTIVES

La prévention est au cœur des approches de santé publique de même qu'elle est de plus en plus intégrée à la panoplie des actions de lutte à la criminalité, notamment la criminalité reliée aux usages excessifs de substances psychoactives. Conçue, au moins théoriquement, sous l'angle de la santé publique, une politique sur les drogues illicites devrait donc appeler une stratégie de prévention forte.

Rien pourtant n'est plus mouvant, flou, imprécis, sinon controversé, que la prévention. Les mesures d'application de la loi sont claires : elles accordent des pouvoirs aux policiers et donnent des balises aux tribunaux pour le traitement judiciaire des personnes trouvées en contravention des dispositions de la loi. Les mesures correctionnelles sont elles aussi claires : elles mettent en oeuvre les sentences décidées par les tribunaux. Déjà, les mesures de traitement des personnes ayant des consommations à problèmes sont plus vagues, tous ne s'entendant pas sur ce qu'est une mesure de traitement, quand elle commence et surtout quand elle se termine. En matière de prévention, les auteurs distinguent entre prévention primaire, secondaire et tertiaire ; prévention par le développement social et prévention situationnelle ; prévention universelle, spécifique et indiquée ; prévention de l'usage, des conduites à risque et de l'abus. Ils ne s'accordent cependant ni sur les contenus spécifiques de chaque domaine ni sur ceux qu'il conviendrait de privilégier en fonction des orientations de politiques publiques.

Lorsqu'il est question de drogues illicites, le contexte juridique et politique rend la question de la prévention encore plus difficile à clarifier, et les actions à définir. En matière d'alcool, les politiques et les actions qui en découlent visent à prévenir des conduites à risque définies notamment la consommation excessive, la conduite sous l'influence, et les comportements afférents à la consommation abusive tels la violence intra familiale. L'alcool peut être, dans certaines circonstances, sous certaines formes d'utilisation, une substance « dangereuse » ; ce sont des circonstances que l'on voudra prévenir, en repérer les indicateurs pour éviter que la conduite à risque ne devienne conduite excessive, voire malade. Il est possible de faire ces distinctions et ne pas se préoccuper de l'usage en soi parce que la consommation d'alcool est légale. En matière de drogues illicites le contexte juridique national et les interprétations des politiques internationales (voir le chapitre 19 sur ce dernier point), font en sorte que, définies comme produits dangereux *a priori*, elles ne doivent pas être consommées. Et que tout

usage est déjà un abus. Le glossaire publié par l'Office des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime écrit en effet que :

[Traduction] « Dans le contexte du contrôle international des drogues, l'abus de drogues constitue l'**usage** de toute substance sous contrôle international à d'autres fins que pour des raisons médicales et scientifiques (...). »¹ (Nous soulignons)

Si usage est abus, si l'acteur de prévention ne peut recourir à des distinctions qui lui sont pourtant essentielles pour définir les objectifs et contenus d'une mesure de prévention, comment, dans ce contexte, espérer établir des actions de prévention qui réussissent ?

Le contexte international ne laisse pas de créer des surprises. Ainsi, dans son rapport pour 1997, l'Organe international de contrôle des stupéfiants, qui a pour mission de vérifier l'application des conventions internationales par les pays signataires, propose – comme à chaque année d'ailleurs – un commentaire, celui-ci sur la prévention. Regrettant que l'environnement social fasse la promotion des drogues, le rapport note :

« Prévenir l'abus des drogues devient une entreprise de plus en plus difficile, ne serait-ce, en partie, qu'en raison de la prolifération de messages faisant l'apologie des drogues. Nombre de ces messages tendent pour ainsi dire à inciter ou à amener autrui à faire usage et à abuser des drogues ; c'est pourquoi il y a lieu de renforcer l'action préventive actuellement menée et de concevoir et de prendre des initiatives novatrices dans le domaine de la prévention.

(...)

Certes, il ne sera probablement jamais possible d'éliminer toute forme d'expérimentation et d'abus des drogues, mais il ne faudrait pas pour autant abandonner l'objectif ultime de tout effort de prévention, à savoir une société exempte de drogue. »²

Parmi les facteurs propices à cet environnement « favorable » à l'usage et à l'abus de drogues, le rapport cite la culture populaire (chansons, films, etc.), les médias, l'Internet, la promotion des produits du chanvre indien et les campagnes politiques. Il fait des raccourcis pour le moins étonnants entre les prises de position sur la libéralisation des politiques sur les drogues et la « promotion » de leur usage, et laisse entrevoir une forme que nous qualifierions d'inquiétante de la prévention :

« Le goût du sensationnel, le désir de provoquer et la nécessité d'avoir la faveur du public peuvent également justifier la diffusion, par plusieurs télévisions de certains pays d'Europe occidentale, de plus en plus de programmes en faveur d'une réforme des lois sur les drogues, voire de la légalisation pure et simple

¹ UNDCP (2000) *Demand Reduction. A Glossary of Terms*. Vienne : auteur, page 22.

² Organe international des stupéfiants (1997) « Comment prévenir l'abus de drogues dans un environnement propice à la promotion des drogues illicites. » *Rapport annuel de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 1997*. Vienne : OICS, paragraphes 2 et 4.

des drogues, notamment du cannabis, au lieu d'émissions qui feraient ressortir les conséquences d'une telle politique et les méfaits qui en découleraient. »

« Il est possible d'empêcher les médias destinés au grand public, comme la presse, la radio, le cinéma et la télévision, de présenter des images faisant l'apologie des drogues. (...) Les gouvernements de ces pays devront peut-être se demander si la liberté d'accès à ces informations et leur propagation sans limites ne sont pas préjudiciables au bien-être et à la santé des populations. »

« Au cours de campagnes électorales, l'on a vu des candidats à la députation prôner la légalisation des drogues. (...) D'autres campagnes visaient à réformer les lois, telle celles menées avec succès en Arizona et en Californie en vue de l'usage « médical » du cannabis (...). (...) Il faut contrer cette propagande à l'aide d'arguments rationnels et énoncer avec force les multiples problèmes que pourrait entraîner la dépénalisation des drogues et que ne manquerait pas de faire surgir leur légalisation, en particulier sur le plan de la santé et de l'économie. (...) L'Organe constate avec regret que (...) les gouvernements des États parties à la Convention de 1988 soient tenus de conférer le caractère d'infraction pénale au fait d'inciter ou d'amener publiquement autrui à consommer des drogues, soit il n'en a rien été soit la loi adoptée pour ce faire n'a pas été appliquées. (...) »³

Si la critique des politiques publiques et la demande politique de révision passe pour une apologie des drogues, si la prévention consiste à museler les opposants qui ont des raisons légitimes – même si nous ne sommes pas toujours en accord les uns avec les autres – de critiquer les politiques actuelles, il faut se demander alors où commence et où arrête la « prévention ».

Bien sûr, comme ce chapitre le démontrera, de nombreux programmes de prévention existent qui ne visent pas uniquement, ni même de manière privilégiée, la prévention de tout usage mais ciblent spécifiquement les conduites à risque. L'approche de réduction des méfaits par exemple, en plus d'être une stratégie globale sur les substances psychoactives, est aussi une approche préventive en ce qu'elle vise à réduire les risques associés aux drogues et à leur contrôle sans par ailleurs demander l'abstention. Mais elle fait l'objet de multiples controverses et de critiques précisément parce qu'elle accepte comme prémisse la réalité sociale de l'usage des drogues.

L'application de la loi constitue-t-elle une mesure préventive ? Plusieurs praticiens, et pas seulement des policiers, répondraient sûrement par l'affirmative et ils auraient raison puisque la présence du policier ou des modèles de police communautaire, ont un certain effet préventif. Mais dans le contexte actuel, ces approches visent à dissuader l'usage, non à informer et éduquer sur les conduites à risque. Et nous avons vu au chapitre 14 que leur efficacité est extrêmement réduite. Les sentences et parmi elles la privation de liberté sont-elles des mesures préventives ? Sûrement, au moins pour le temps où le contrevenant est placé sous surveillance ou détenu (encore que les drogues circulent en prison). Mais d'une part nous avons vu que leur effet dissuasif sur l'usage est à peu près inexistant et d'autre part on doit se

³ *Ibid.*, paragraphes 18 et 21 et 25 et 27.

demander s'il n'y a pas là confusion des genres, dans la mesure où l'intervention du système de justice témoigne déjà d'un échec des mesures de prévention. L'éducation à la citoyenneté, à la santé et au respect de soi et des autres n'est-elle pas une mesure préventive ? Assurément, mais comme le sont aussi toutes les mesures d'équité et de justice sociale, de réduction des inégalités, ou de pacification de nos relations avec les Peuples Autochtones. Si tout est prévention, quel est donc le domaine de la prévention ?

Aborder la question de la prévention c'est réfléchir en même temps sur les politiques qui gouvernent les drogues illicites. C'est particulièrement vrai en matière de cannabis. Nous verrons plus loin que l'un des principes clés de la prévention est de transmettre un message crédible. En matière de tabac, le message que fumer est une cause de cancer du poumon et de maladies cardiovasculaires est crédible au moins en ce qu'il repose sur une vaste série d'études épidémiologiques qui ont établi l'association statistique forte entre la cause et l'effet. La même chose est vraie pour l'alcool au volant ou pour le port de la ceinture de sécurité. En matière de cannabis, comme l'ont démontré les chapitres 6, 7 et 8 de notre rapport, les risques associés au cannabis sont loin d'avoir été établis aussi clairement, et au contraire, le poids de la preuve penche plutôt pour une dangerosité moins élevée que la vaste majorité des autres substances psychoactives. En fait, contrairement à ce que plusieurs nous ont dit, le cannabis n'est pas illégal parce que dangereux, et l'histoire de la législation nationale aussi bien que des conventions internationales le démontre bien.

Toujours selon UNDCP :

[Traduction] « La prévention au sens large est une intervention qui a pour but de modifier les déterminants sociaux et environnementaux de l'abus de drogues et d'alcool, incluant décourager l'initiation de l'usage de drogues et en prévenir la progression vers un usage plus fréquent ou régulier parmi la population à risque. »⁴

Notons quelques clefs de lecture. Pour les drogues et l'alcool il faut prévenir les abus. Mais pour les drogues *seulement* il faut décourager l'initiation parce que l'initiation mène à une progression vers plus de consommation. Pourtant, lorsqu'il s'agit de cannabis, les données de recherche ne permettent pas d'appuyer cette distinction. En fait, l'usage d'alcool – et avant l'alcool, de tabac – est bien plus susceptible que le cannabis de mener à un usage plus fréquent, voire à risque ; alcool et tabac sont au moins autant que le cannabis des drogues d'introduction pour d'autres drogues illicites. Mais l'alcool, comme le tabac, sont légaux, le cannabis illégal.

Discuter de prévention c'est aussi parler des limites de l'intervention de l'état et de la vision qu'on se fait de l'acteur humain. Jusqu'où aller pour identifier les groupes à risque sans stigmatiser davantage des populations qui sont déjà vulnérables ? Dans

⁴ *Ibid.*, page 58.

quelle mesure penser que l'acteur humain est un être rationnel qui agit conformément à son meilleur intérêt pour autant qu'on lui donne la bonne information ?

Enfin, dans le contexte canadien parler de prévention impose une observation d'ordre constitutionnel : si et dans la mesure où les actions de prévention tombent sous le champ de la santé et de l'éducation, elles sont donc principalement – pour la santé – et uniquement – pour l'éducation – du ressort des provinces. Comme nous l'avons vu au chapitre 12 sur l'histoire de la législation nationale en matière de drogues illicites, il n'était pas accidentel que la loi sur les stupéfiants soit une loi pénale : c'était le seul moyen pour le gouvernement fédéral de légiférer dans ce domaine à l'intérieur de son champ de compétences constitutionnelles. Le champ d'action du fédéral en matière de prévention de l'usage de cannabis est donc au mieux restreint, au pire inexistant proprio motu.

Ce chapitre sur la prévention commence sur une affirmation qui n'étonnera aucun des spécialistes des secteurs de la santé et de la justice : autant les discours sur la prévention sont forts, autant les ressources qu'on y consacre sont maigres et les actions menées faibles. La section suivante pose la question : quelle prévention ? Nous y examinons les connaissances disponibles sur les facteurs qui sous-tendent les actions de prévention et sur l'efficacité de certains types d'actions de prévention, portant une attention particulière à l'un des fleurons de la lutte antidrogues, le programme DARE. La troisième section s'intéresse à l'approche de réduction des méfaits comme approche de prévention. Comme pour les autres chapitres, nos conclusions prennent la forme de constats susceptibles d'orienter la suite.

DES ACTIONS QUI NE SONT PAS À LA HAUTEUR DES DISCOURS

Lors du lancement de la Stratégie canadienne antidrogue en 1987, le Gouvernement reconnaissait que la majorité des actions fédérales avait porté sur la réduction de l'offre et qu'il fallait augmenter l'effort de prévention. Des 210 millions \$ initialement alloués à la première stratégie quinquennale, pas moins de 32 % devaient être investis en actions de prévention. La deuxième phase de la stratégie, de 1992 à 1997, portait le budget global à 270 millions \$, reconduisant sensiblement la même ventilation des fonds.

En 1994, le Gouvernement du Canada a implanté la Stratégie nationale sur la sécurité communautaire et la prévention du crime et créé le Conseil national de la prévention du crime du Canada, devenu depuis le Centre national de prévention du crime (ministère de la Justice). Au lancement de la Phase II de la stratégie en 1998, le financement était de 32 millions \$ par année, et il a été porté, en 2001, à plus de 65 millions \$. Cette stratégie :

« (...) vise à réduire la criminalité et la victimisation en agissant sur les causes mêmes de la criminalité et de la victimisation à l'aide d'une approche axée sur le développement social. La prévention du crime par le développement social (PCDS) est une approche proactive à long terme. Elle s'attaque aux facteurs personnels, sociaux et économiques qui amènent certaines personnes à prendre la voie du crime ou à devenir victime du crime. La Stratégie nationale soutient des projets qui visent les facteurs de risque qui affectent la vie des gens tels que les mauvais traitements, la violence, l'incompétence parentale, l'alcoolisme et la toxicomanie. »⁵

Qu'en est-il dans les faits ? Les intervenants s'entendent probablement unanimement pour dire que la prévention est nécessaire. Mais ils s'entendent tout aussi unanimement pour dire que les actions menées ne sont pas à la hauteur des discours. Ou pour le dire autrement, tout le monde parle de prévention mais il s'en fait peu. Les observations qu'on nous a faites portent sur cinq ensembles de considérations : (1) on ne fait pas assez de prévention ; (2) on ne fait pas une prévention suffisamment ciblée ; (3) on ne fait pas suffisamment l'évaluation des actions de prévention ; (4) les messages de prévention et les discours sociaux sont en contradiction ; et (5) il existe des pratiques modèles et une connaissance de mesures de prévention réussies qu'il faudrait disséminer plus largement.

On ne fait pas suffisamment de prévention

Pour de nombreux intervenants du monde associatif, du monde policier, ou des organisations gouvernementales de lutte à la toxicomanie, il est clair qu'on ne fait pas suffisamment de prévention. Cette situation se mesure tant en terme des montants investis que des compressions dans les personnels de prévention.

« Essayez de vous souvenir du dernier message de prévention antidrogues que vous avez vu à la télévision. Un que la plupart d'entre nous reconnaîtraient probablement est celui de l'auf poêle représentant l'effet des drogues sur le cerveau humain. Il s'agit toutefois d'une publicité américaine. Je ne me souviens pas d'avoir vu dernièrement une annonce antidrogues canadienne à la télévision. D'autres documents à caractère préventif ont été produits dans bien d'autres domaines au Canada. Il suffit de penser à la campagne antitabac et à la campagne concernant la prévention du cancer du sein. Par contre, dans le domaine de la lutte antidrogues, les documents à caractère préventif sont très peu nombreux. Nous ne voulons pas davantage d'argent pour les services policiers et pour les arrestations. Nous trouvons que nous disposons de fonds suffisants dans ce domaine. Nous pensons cependant que non seulement la prévention mais aussi la sensibilisation aux drogues sont des outils essentiels qui font une différence. (...) Nous pensons que la police a un rôle à jouer en matière de prévention et de sensibilisation comme en matière d'application des lois. Nous avons établi d'excellents partenariats avec des enseignants, des parents et des groupes communautaires. Les services de police communautaire n'existent que depuis une dizaine d'années. (...) Un des problèmes qui se posent est que plusieurs de nos programmes aient. On consacre très peu d'efforts à la prévention. Je ne tiens pas à citer des montants précis. Cependant, d'après un document publié il y a un an, le gouvernement américain investit une douzaine de dollars par

⁵ Centre national de prévention du crime, énoncé d'objectifs, en ligne à www.crime-prevention.org

habitant dans la prévention et la sensibilisation. Au Canada, on y consacre moins de 1 \$. Je crois que c'est environ 20 ou 30 cents. »⁶

« Depuis 1988 et 1989, date de la fin de la campagne Drogues pas besoin on n'a plus mis en œuvre de campagnes de lutte fédérale contre les drogues ou de campagnes provinciales dans le cas de la Colombie-Britannique. (...) Lorsqu'on a cessé de mettre l'accent sur la prévention, et à l'expiration de la Stratégie canadienne antidrogue, j'ai constaté que de nombreuses coalitions et de nombreux groupes de travail communautaires de lutte contre les drogues ont cessé leurs activités faute de fonds. J'ai constaté ce phénomène à Naskup, à Penticton, le long de la Sunshine Coast, à Whistler et dans de nombreux autres endroits à mesure que les intervenants sur le terrain devaient cesser leurs actions parce que toute l'attention du pays était maintenant tournée vers la santé des populations. On a cessé de s'intéresser à la prévention et de financer des initiatives dans ce domaine pendant qu'on commençait à parler du chanvre, de la marijuana médicinale et de questions connexes. (...) Compte tenu du fait que cette situation existe depuis des années, comment s'étonner que la consommation du cannabis ait augmenté. Comment s'en étonner en effet quand on ajoute à cela l'imposition de sentences plus clémentes dans le cas des crimes liés au trafic des drogues et à l'énorme augmentation dans la disponibilité du cannabis. »⁷

« Troisième constat : les efforts consentis en prévention de la toxicomanie sont nettement insuffisants. Il est question ici à la fois d'efforts budgétaires (accroître, dans les différents secteurs d'intervention, les sommes allouées à la prévention), d'efforts de coordination (encadrer davantage les pratiques dans ce champ d'activité) et d'efforts de recherche (établir des paramètres clairs d'évaluation des programmes, statuer sur l'efficacité des programmes existants, faire connaître les stratégies gagnantes). Une intensification des efforts en prévention des toxicomanies est particulièrement souhaitée dans les secteurs suivants :

- A l'école (dès le deuxième cycle du primaire) et dans les autres milieux de vie des jeunes (ex. : dans la rue, dans les parcs, dans les maisons de jeunes, dans les centres jeunesse) ;*
- Dans les milieux de travail ;*
- Dans les services de première ligne du réseau de la santé et des services sociaux.»⁸*

« Nous avons élaboré un excellent programme canadien en Nouvelle-Écosse en collaboration avec la Nova Scotia Addiction Foundation, appelé Contribution de la police à l'éducation communautaire. Nous faisons partie, avec un pharmacien, une infirmière et quelques athlètes, d'un groupe qui allait dans les écoles pour parler aux élèves de l'influence des camarades, des raisons pour lesquelles certains se sentent obligés de consommer des drogues, du vol et de différents sujets touchant la morale ainsi que d'autres liés à la consommation des drogues. Malheureusement, suite aux compressions budgétaires, les

⁶ M. Barry King, chef du Service de police de Brockville, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 11 mars 2002, fascicule 14, pages 82-83.

⁷ Dr Colin R. Mangham, directeur, Prevention Source B.C., témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 17 septembre 2001, fascicule 6, pages 74-75.

⁸ Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2000) *Consultation 2000. La toxicomanie au Québec : Cap sur une stratégie nationale*. Québec : auteur, page 13.

programmes ont été coupés. Les crédits pour les évaluations, pour l'extension, ou pour l'amélioration du programme n'étaient pas disponibles. »⁹

« Dans les années 70 et 80, les efforts de prévention permanents dans la collectivité recevaient beaucoup de soutien. Malheureusement, les gouvernements fédéral et provinciaux ont supprimé une grande partie de leur financement dans les années 90, ce qui a entraîné une augmentation correspondante de la consommation de drogues. Au cours de la même période, des efforts de prévention visant plusieurs éléments tels que le tabac, les ceintures de sécurité, les moyens de protection contre l'incendie, la condition physique et la santé dentaire, pour ne nommer que ceux là, ont permis de faire d'énormes progrès. »¹⁰

En fait, la prévention des problématiques socio-sanitaires reste souvent le parent pauvre des pratiques. Qu'il s'agisse de santé ou de justice, la réalité montre que les crédits sont encore très largement axés sur la cure, sur l'intervention après l'apparition du problème. C'est vrai pour les questions de santé en général comme pour les questions spécifiques aux drogues illicites.

Selon l'étude de Single et coll.,¹¹ les coûts directs et indirects de l'abus de drogues illicites en 1996 étaient d'environ 1,5 milliard \$. De ce montant, 400 millions \$ étaient consacrés à l'application de la loi (police, douanes, tribunaux, services correctionnels, etc.), et environ 35 millions \$ à la prévention, c'est-à-dire environ 2 % des coûts totaux comparativement à plus de 25 % pour la répression. Pour le traduire d'une autre manière, les coûts des drogues illicites sont d'environ 48 \$ par habitant, les coûts de la répression en cette matière d'environ 12 \$ et ceux de la prévention d'environ 1\$.¹² Nous sommes d'avis, avec les intervenants, que les dépenses en prévention sont nettement insuffisantes.

La prévention est insuffisamment ciblée

Prévenir l'usage de cannabis appelle probablement d'autres moyens que celui de l'héroïne ou de l'ecstasy. De la même manière, la prévention auprès des jeunes en milieu scolaire ne sera pas faite de la même manière que celle en milieu de travail ou auprès des jeunes de rue, celle auprès des jeunes Autochtones de la même manière que celle auprès des jeunes blancs. Nous verrons d'ailleurs à la section suivante que les

⁹ Surintendant principal R.G. Lesser, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 29 octobre 2002, fascicule 8, page 14.

¹⁰ M. Art Steinman, Directeur général, *Alcohol-Drug Education Service*, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 7 novembre 2002, fascicule 10, page 86.

¹¹ Single, E., et coll., (1996) *The Costs of Substance Abuse in Canada*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

¹² Ces chiffres ne tiennent pas compte des budgets consentis à la prévention reliée à la toxicomanie par la Stratégie nationale de prévention du crime qui a été véritablement mise en œuvre à compter de 1998.

facteurs de risque et les facteurs de protection ne sont pas les mêmes pour tous les groupes sociaux.

Pourtant, les intervenants soulignent que les messages de prévention et leur mode de livraison manquent souvent de précision. Il s'agit, soit de messages à caractère universel dont il est difficile de mesurer l'efficacité réelle, soit de messages spécifiques à des groupes sociaux mais qui ne sont pas nécessairement adaptés à la réalité des personnes visées.

« On souligne particulièrement les manques au niveau de la prévention secondaire. Les programmes s'adressant plus spécifiquement aux groupes à risque sont insuffisants. Le dépistage est mal assuré là où une intervention précoce pourrait faire toute la différence en vue de prévenir l'aggravation des problèmes, et ce constat ne s'applique pas seulement aux jeunes, mais à des clientèles de tous âges. Il y a actuellement un manque de cohérence dans les messages véhiculés et dans les actions entreprises. Il y a un manque de stabilité des programmes. On accuse même des reculs importants dans certains secteurs (ex. : disparition progressive des éducateurs en prévention des toxicomanies). »¹³

« Les mêmes mesures de prévention ne peuvent pas s'appliquer à tous. Il faut des approches destinées à la population en général, mais également des activités plus ciblées, s'adressant à un groupe à risque particulier. Bien entendu, la prévention est proactive. Elle est extrêmement rentable : avec le coût d'un centre de traitement, on peut financer des initiatives de prévention qui toucheront des centaines et peut-être des milliers de jeunes. »¹⁴

Cibler la prévention oblige à clarifier les objectifs poursuivis : vise-t-on à prévenir l'usage, les conduites à risque, l'abus ? Les mesures de prévention choisies seront fondamentalement différentes selon le choix d'objectifs poursuivis. C'est ce que souligne un document récent produit pour Santé Canada sur les meilleures pratiques de prévention :

« Il faut se fixer des objectifs clairs et réalistes, qui feront un lien logique entre les activités du programme et les problèmes et les facteurs déterminés et qui guideront la mise en oeuvre du programme. Des objectifs clairs et mesurables faciliteront l'évaluation et permettront de déterminer si le programme a vraiment atteint ses objectifs. Les objectifs varieront selon la communauté et les circonstances. Toutefois, l'âge du début de la consommation et le moment où l'usage de différentes substances devient problématique sont des données essentielles. (...) Par conséquent, pour les jeunes qui ne sont pas encore des consommateurs (et qui ne pensent même pas à consommer) l'objectif du programme sera la prévention primaire. Pour ce qui est de programmes qui s'adressent à une population en majorité composée de jeunes qui ont commencé à consommer et continuent de le faire, l'objectif sera plutôt la prévention secondaire ou la réduction des

¹³ Comité permanent de lutte à la toxicomanie, *op. cit.*, page 14.

¹⁴ M. Art Steinman, Directeur général, *Alcohol-Drug Education Service*, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 7 novembre 2002, fascicule 10, page 85.

méfais. Chacun de ces objectifs mène logiquement à des activités et des messages spécifiques (le recours à des approches plus intensives auprès des consommateurs ou ceux qui s'appêtent à le devenir. »¹⁵

De plus, en matière de prévention, il se dégage une impression qu'on peut faire un peu tout et n'importe quoi du moment qu'on tient un discours antidrogues. Or, comme le démontrera la section suivante, les actions de prévention doivent cibler avec précision des facteurs de risque connus et des facteurs de protection. Et puisqu'il existe de multiples facteurs de risque, elles doivent être globales et impliquer la communauté.

On ne fait pas suffisamment l'évaluation des mesures de prévention

Si on ne fait pas suffisamment de prévention, c'est aussi parce qu'on ne prend pas le temps, ni ne consacre les ressources, pour évaluer les programmes et en démontrer l'efficacité. On dit souvent qu'une once de prévention vaut mieux qu'une livre de traitement. D'autres soutiennent dans le même ordre d'idée qu'un dollar investi en prévention en épargne cinq plus tard. C'est probablement vrai dans une certaine mesure. Mais le démontrer est autre chose.

Les études d'évaluation sont difficiles à mener. Pour être crédibles, elles requièrent souvent un appareillage méthodologique complexe. Elles sont aussi coûteuses. Et surtout, elles ne peuvent pas – ou du moins ne devraient pas – être faites à la va-vite pour répondre au temps du politique ; pour savoir par exemple si un programme de prévention de l'usage de drogues auprès des jeunes est efficace, il faut prévoir un suivi des « diplômés » sur une année au moins après la fin de leur formation, normalement au moins trois. Le Canada n'a pas une pratique de la recherche évaluative et, comme nous l'avons vu pour la Stratégie nationale antidrogue, ne s'était ni fixé des objectifs clairs ni donné les moyens d'en faire l'évaluation.

Il résulte entre autres de cette situation que le domaine de la prévention, secteur mou s'il en est, fera les frais de la moindre coupure budgétaire.

« Un des problèmes majeurs est que nos programmes ne sont pas assortis d'un mécanisme d'évaluation. Chaque fois que nous avons l'occasion de mettre en œuvre de nouveaux programmes, c'était fait à la hâte et le travail était bâclé. On disposait de très peu de fonds. On se contentait de faire des essais pour voir si c'était efficace. Nous avons appris que si l'on voulait intervenir, il fallait le faire de façon adéquate. Il faudrait établir de nouveaux programmes comportant un mécanisme d'évaluation afin de savoir s'ils permettraient d'atteindre les objectifs de façon satisfaisante et en temps opportun. Autrement dit, il faudrait tenir compte du message, de son destinataire et de l'efficacité. »¹⁶

¹⁵ Roberts, G. et coll., (2001) *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes. Un compendium des meilleures pratiques*. Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue, Santé Canada. Ottawa : Approvisionnement et services, pages 33-34.

¹⁶ M. Barry King, chef du Service de police de Brockville, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 11 mars 2002, fascicule 14, page 83.

Le Comité est d'avis que toute stratégie canadienne future sur les drogues devra prévoir des mécanismes et des ressources pour l'évaluation des diverses composantes et notamment pour l'évaluation des actions de prévention.

Les messages sociaux contredisent les messages de prévention

Pour un certain nombre d'observateurs, le fait que les messages sociaux entourant le cannabis soient devenus plus tolérants au cours des dernières années a contribué à l'augmentation de la consommation chez les jeunes et à contredire les discours de prévention.

« Il importe aussi d'attacher de l'importance à la façon dont la consommation de drogue est perçue. L'existence de sanctions juridiques influence davantage sur l'acceptabilité d'une substance que sur sa disponibilité. L'acceptabilité sociale des drogues diminue lorsque leur consommation donne lieu à des sanctions ce qui à son tour réduit la consommation. L'acceptabilité d'une substance est liée au risque qu'elle présente ainsi qu'à la mesure dans laquelle elle est acceptée par la société. Voilà les deux outils dont nous disposons pour limiter la consommation des drogues. »¹⁷

« D'après l'étude intitulée Monitoring the Future effectuée par l'Université du Michigan en 1996, à notre époque, les adolescents ont moins tendance à considérer que la consommation de drogues est nocive et présente des risques et ils sont plus enclins à croire qu'elle est répandue et tolérée ; en outre, ils subissent davantage de pressions que jamais au cours des dix dernières années les incitant à essayer des drogues illicites. (...) On peut en déduire que ce sont des facteurs qui ont une influence sur une augmentation ou une diminution du taux de consommation des drogues. La légalisation de drogues illicites ne pourrait qu'atténuer davantage ces perceptions. Elle indiquerait à nos enfants que les adultes pensent que l'on peut faire une utilisation judicieuse des drogues. Elle porterait à croire que les risques sont moins élevés et que les drogues sont plus acceptables. (...) Un autre facteur est l'influence qu'exercent les médias et le pouvoir de la communication. La description dans les médias de personnes qui fument de la marijuana dans des clubs de cannabis porte les enfants à croire que la consommation de drogues peut être intéressante. Dans un tel contexte, il est très difficile, voire impossible de convaincre les enfants que la prise de drogues est nocive. Une plus grande accessibilité et une plus forte consommation accentueront les problèmes de criminalité. Une consommation accrue a de terribles conséquences pour les citoyens. »¹⁸

Comme le mentionnait un commentateur de la scène américaine, après avoir dit aux enfants que le cannabis est une drogue dangereuse, que se passera-t-il quand ils découvriront à l'école secondaire que leurs amis en consomment sans avoir les neurones grillés ? Adapter les messages aux clientèles, aux contextes et aux objectifs

¹⁷ Dr Colin R. Mangham, directeur, Prevention Source B.C., témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 17 septembre 2001, fascicule 6, page 74.

¹⁸ M. Michael J. Boyd, président du Comité sur la toxicomanie de l'Association canadienne des chefs de police et sous-chef du Service police de Toronto, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 11 mars 2002, fascicule 14, pages 77-78.

visés est sans doute nécessaire. Mais il est sûrement tout aussi nécessaire que les mesures de prévention disent la vérité aux enfants et aux adolescents, qu'elles parlent des effets connus des drogues et des carences dans nos connaissances. Si notre société tient des discours contradictoires sur le cannabis, ce n'est pas parce que certains activistes du pot manipulent les médias ; ou alors il nous faut douter de la capacité de nos médias à garder une neutralité et une distance critique. À la lumière des données épidémiologiques sur la consommation et celles de la recherche scientifique sur les effets du cannabis présentées aux chapitres 6 et 7, nous pensons que **le fait de tenir des discours alarmistes sur le cannabis est probablement contre-productif pour ceux mêmes qui souhaitent, et légitimement, en prévenir les abus.**

C'est là d'ailleurs l'un des éléments que souligne le récent rapport de Santé Canada sur les meilleures pratiques de prévention :

« Le principe le plus important pour n'importe quel programme, peu importe son but, est que l'information sur la drogue soit scientifiquement exacte, objective, sans parti pris et présentée sans jugement de valeur. (...) Même si les très jeunes participants acceptent les messages qui font ressortir uniquement les aspects négatifs de la consommation, il y a danger que les messages perdent toute crédibilité lorsqu'ils reçoivent de l'information plus précise. (...) Les messages qui veulent faire peur et qui s'accompagnent de données inexactes ou exagérées n'ont aucun effet ; ils peuvent au contraire susciter le scepticisme, l'irrespect, la résistance ou d'autres réactions à risque. (...) Parallèlement, les messages simplistes que les jeunes perçoivent comme étant irréalistes (il suffit de dire « non ») ou inapplicables (faites du sport alors qu'il n'y a aucune installation dans l'environnement immédiat) n'auront aucune crédibilité. »¹⁹

Il existe une connaissance dont il faut s'inspirer

Il ne fait aucun doute qu'il existe une pratique de prévention répandue à travers le Canada, forgée le plus souvent à coup d'essais et d'erreurs, souvent portée à bout de bras et avec peu de ressources par des personnes qui y croient vraiment. Comme le démontrera la section suivante, il existe aussi un bassin de connaissances sur les actions les plus susceptibles d'agir efficacement sur les facteurs de risque et sur les processus les plus à même de soutenir des actions fortes de prévention.

L'une des difficultés provient du fait que cette « connaissance » reste trop fréquemment dans la tête de quelques personnes, notamment parce qu'il ne se fait pas d'études d'évaluation ou trop peu. Lorsqu'il y a des études, elles circulent dans des revues scientifiques et sont lues par des spécialistes mais ne rejoignent pas les praticiens. Et il existe encore peu de moyens systématiques de dissémination de l'information. Par ailleurs, se pose la question de l'adaptation à d'autres contextes des pratiques éprouvées ailleurs.

¹⁹ Roberts, G. et coll., (2001) *op. cit.*, page 43.

[Traduction] « Nous suggérons au Comité qu'il serait plus utile de concentrer ses efforts sur la prévention que sur la réforme de nos lois sur les drogues. La Stratégie canadienne sur les drogues démontre que la prévention est la stratégie la plus efficace. Si nous admettons que c'est vrai, ne devrions-nous pas faire porter notre attention sur les approches les plus susceptibles d'un bon retour sur investissement ? Dans un Compendium des meilleures pratiques publié par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, les auteurs attirent l'attention sur l'importance de l'influence parentale sur les comportements à risque chez les jeunes. (...) De nombreuses études menées par le Center on Addictions and Substance Abuse à l'Université Columbia sur les programmes de prévention arrivent à la même conclusion. »²⁰

« Enfin, nos années d'intervention et de prévention nous ont fait comprendre que le véritable problème n'est pas un problème de drogues, mais un problème personnel. En effet, toutes les personnes – en particulier les jeunes qui ont souffert de mauvais traitement, de négligence, de traumatisme et de la toxicomanie dans leur foyer – cherchent à trouver un soulagement à leur sentiment de colère, de désespoir et d'impuissance. Certains peuvent éprouver des sentiments d'ennui, de curiosité, ou un désir d'appartenance. La marijuana et les autres drogues peuvent donner l'impression d'éliminer ou tout au moins d'apaiser ces émotions. (...) En revanche, la prévention offre un énorme potentiel pour encourager les jeunes informés, confiants et compétents qui apprennent dès le plus jeune âge à faire appel à un raisonnement sain, pour répondre à ces sentiments humains, pressants et compréhensibles sans être incités à avoir recours à la drogue. »²¹

PRÉVENIR : QUOI ? COMMENT ?

S'entendre sur la nécessité de la prévention, c'est un peu comme s'accorder sur l'importance de la vertu. Mais quelle prévention ? Le glossaire de l'Office des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention de la criminalité définit la prévention comme suit :

[Traduction] « Les actions de prévention incluent de vastes campagnes destinées à la population générale telles les activités d'information et d'éducation du public, des initiatives spécifiques à des collectivités et des programmes scolaires à l'intention des étudiants et plus largement des jeunes. Les actions de prévention peuvent aussi cibler les groupes vulnérables ou à risque, incluant les enfants des rues, les jeunes décrocheurs, les enfants de parents toxicomanes, les contrevenants en liberté surveillée ou en prison, etc..

La prévention porte essentiellement sur les éléments suivants :

²⁰ Mémoire de *Focus on the Family Association* présenté au Comité du Sénat sur les drogues illicites, 14 mai 2002.

²¹ M. Art Steinman, Directeur général, *Alcohol-Drug Education Service*, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 7 novembre 2002, fascicule 10, page 90.

Sensibiliser, informer et éduquer au sujet des drogues et des effets négatifs de l'usage et de l'abus sur la santé et la société, et promouvoir des normes antidrogues et des comportements pro-sociaux contre l'usage de drogues ;

Aider les personnes et les groupes à acquérir les habiletés personnelles et sociales pour développer des attitudes antidrogues et éviter qu'ils s'initient aux comportements d'usage ;

Promouvoir un environnement aidant et des comportements et modes de vie alternatifs axés sur la santé, plus productifs et plus épanouissants, libres de drogues. »²²

Il s'agirait donc d'agir de telle sorte à modifier les déterminants entraînant l'abus de drogues, où tout usage est abus lorsqu'il s'agit d'une substance illicite ou contrôlée par les conventions internationales. La définition identifie comme déterminant de l'abus l'initiation à l'usage des drogues, étant entendu que l'initiation mène, au moins chez des personnes dites « à risque » à un usage plus fréquent, voire à l'usage d'autres substances. Les domaines d'action proposés identifient indirectement d'autres déterminants : l'absence d'information sur les conséquences négatives de l'usage de drogues et des normes sociales insuffisamment antidrogues, des habiletés sociales et personnelles insuffisantes pour résister à l'usage de drogues, et des modes de vie insatisfaisants et qui ne sont pas axés sur la santé, seraient autant de déterminants de l'abus de drogues.

Mais en fait, que sait-on des raisons pour lesquelles on consomme des drogues, spécifiquement ici du cannabis ? On sait que les hommes consomment plus d'alcool et de drogues et les femmes plus de médicaments. Sait-on vraiment pourquoi ? On pense qu'il y aurait plus de 150 millions de consommateurs de cannabis sur la planète, et nous avons dit qu'il y en avait environ 3 millions au Canada annuellement ; faut-il conclure que ces personnes n'avaient pas les habiletés sociales et personnelles nécessaires pour résister aux drogues ? Quand, à quel moment, la consommation d'une drogue peut-elle être un choix ? Quand, à quel moment, la consommation devient-elle un problème ? Selon les réponses que l'on donne à ces questions, c'est toute la stratégie de prévention qui s'en trouve modifiée.

Au delà du bagage génétique, les déterminants de la santé des populations sont, entre autres, fonction :

« (...) des déterminants environnementaux qui sont liés au milieu dans lequel évolue l'individu, de sa conception à sa mort : environnement physique, mais aussi social. Éducation, emploi, revenu, tissu familial et social, répartition de la richesse, tous ces facteurs jouent un rôle. On reconnaît qu'un lien étroit existe entre le statut socioéconomique et l'état de santé et de bien-être : ce lien se vérifie à l'observation des données d'hospitalisation, d'incapacité, de problèmes de santé et de mortalité d'une population. Parmi les autres déterminants, il y a bien sûr les habitudes de vie et les comportements, comme le tabagisme et l'alimentation. Même s'il s'agit de facteurs modifiables, et souvent ciblés par la prévention, on sait aussi qu'ils sont largement conditionnés par les facteurs socioéconomiques. Enfin,

²² UNDCP (2000) *op. cit.*, page 58.

*dernier déterminant, les services de santé, dont le niveau et l'organisation varient selon la communauté, selon le pays. »*²³

Il est vrai que les données épidémiologiques tendent à indiquer que les jeunes consommateurs de cannabis proviennent davantage de milieux socioéconomiques désavantagés, qu'ils fument du tabac plus souvent, qu'ils ont probablement eu des parents fumeurs voire usagers de cannabis. C'est ce qu'on appelle des facteurs de risque reliés à l'environnement. Selon certains auteurs, les consommateurs habituels ou intensifs, ceux qui sont à risque, auraient aussi une plus faible estime de soi, une probabilité plus élevée de décrochage scolaire ou de ne pas terminer leurs études secondaires, un rendement scolaire moins élevé. Ce sont des facteurs de risque reliés à la personne.

En plus des facteurs de risque, le langage de prévention parle aussi de facteurs de protection. Le glossaire de l'Office des Nations Unies définit ce terme comme suit :

*[Traduction] « Facteur qui diminue la probabilité qu'un événement perçu comme indésirable se produise. Le terme est souvent employé en référence à des caractéristiques des personnes ou de l'environnement qui réduisent la probabilité de l'expérimentation de l'usage de drogues illicites. Par exemple, des études menées dans les pays développés indiquent que les facteurs suivants seraient, statistiquement du moins, des facteurs de protection contre l'usage de drogues : être de sexe féminin, être de niveau socioéconomique élevé, avoir un emploi, avoir un haut degré de scolarité, être pratiquant, et être non-fumeur. »*²⁴

Les données épidémiologiques démontrent en effet que les femmes, les personnes qui ne fument pas de tabac, et les pratiquants consomment moins. Par contre, les données ne sont pas aussi claires quant à l'effet du statut socio-économique ni du niveau d'éducation.

L'un des textes clés de la littérature sur la prévention est certainement celui de Hawkins et coll., en 1995.²⁵ Les auteurs y présentent une liste exhaustive des facteurs de risque qui sont reliés, directement ou indirectement à l'abus de drogues, regroupés sous cinq catégories : individuels, familiaux, scolaires, relations avec les pairs, et contextuels. L'identification de ces facteurs provient d'un ensemble d'études longitudinales qui ont suivi des enfants et des adolescents sur de longues périodes de temps.

[Traduction] « Des études longitudinales récentes ont identifié des facteurs de risque et des facteurs de protection qui prédisent de manière cohérente l'usage de drogues. De plus, les données indiquent que la

²³ Direction de la Santé publique (1997) *Les inégalités sociales de la santé. Rapport annuel 1998 sur la santé de la population*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

²⁴ UNDCP, *op. cit.*, page 60.

²⁵ Hawkins, D.J., Arthur, M.W. & R.F. Catalano (1995) « Preventing Substance Abuse. » dans Tonry, M. et D.P. Farrington (eds.) *Building a Safer Society : Strategic Approaches to Crime Prevention*, Chicago : University of Chicago Press.

probabilité d'abus de drogues est plus élevée chez ceux qui sont exposés à des multiples facteurs de risque et que l'usage augmente de façon exponentielle avec la multiplication des facteurs de risque. Les niveaux élevés d'abus de drogues chez les personnes criminalisées et les sans abris sont cohérents avec les études sur les facteurs de risque personnels, sociaux et environnementaux qui prédisent l'abus de substances. Ces études suggèrent que des actions visant à prévenir l'abus de drogues doivent cibler des facteurs de risque multiples touchant la famille, l'école, les pairs et l'environnement. »²⁶

1. Des facteurs individuels :

Parmi les facteurs individuels que la recherche a permis d'établir, les auteurs incluent : l'histoire familiale, le bagage génétique, les caractéristiques biochimiques, les problèmes précoces et persistants de comportement, l'aliénation et le caractère rebelle, les attitudes favorables à l'usage de drogues et l'initiation précoce.

2. Des facteurs familiaux :

Ces facteurs incluent : les comportements d'usage de substances ou la permissivité chez les parents, des pratiques parentales déficientes, des relations parents-enfants de mauvaise qualité, des conflits familiaux.

3. Des facteurs scolaires :

Ces facteurs incluent les échecs scolaires et un faible niveau d'engagement scolaire ; l'intelligence n'est pas un facteur, mais le milieu scolaire et les difficultés d'apprentissage sont des déterminants.

4. Des facteurs liés aux relations avec les pairs :

Le rejet par les pairs à l'école primaire et des pairs qui consomment des drogues sont aussi des facteurs reliés à l'abus de substances.

5. Des facteurs environnementaux :

La disponibilité des drogues, les normes juridiques et culturelles, la pauvreté et la désorganisation du milieu de vie.

Quant aux facteurs de protection, les auteurs identifient des caractéristiques individuelles (résilience, habiletés sociales et personnelles, intelligence), la qualité des relations à l'enfance dans la famille et à l'école notamment ; et des normes individuelles et sociales qui s'opposent à la consommation de drogues.

Ces facteurs ne doivent pas être confondus avec des causes. Il s'agit d'associations statistiques qui sont elles-mêmes limitées par divers problèmes méthodologiques relatifs entre autres à la mesure des comportements et à l'évaluation des effets des interventions.²⁷

²⁶ Hawkins, D., *op. cit.*, page 368.

²⁷ Hawkins D., et coll., *op. cit.*, pages 363-367.

« Un des avantages certains de l'approche axée sur les facteurs de protection et les facteurs de risque est l'admission que de nombreux problèmes sociaux et problèmes de santé proviennent de la même source – une admission qui peut mener à une meilleure intégration des stratégies et à une économie des ressources. Toutefois, comme un facteur lié à des problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues n'en est pas nécessairement la cause, l'effet préventif de s'attaquer à l'un ou l'autre de ces facteurs n'est pas très clair et varie certainement selon les facteurs. Néanmoins, il semble bien que le fait de se pencher sur les facteurs de protection ou les facteurs de risque présents sous plusieurs aspects de la vie d'un jeune (vie personnelle, scolaire, familiale et communautaire) peut donner des résultats positifs. »²⁸

Hawkins et coll., examinent une série d'interventions – pré et néonatales, et préscolaires, au primaire et au secondaire – qui ont été évaluées. Selon eux, les stratégies les plus prometteuses sont les approches multidisciplinaires impliquant la collectivité.

[Traduction] *« Les données suggèrent que des approches multistratégiques ciblant de multiples facteurs de risque sont prometteuses pour prévenir l'abus de substances. Le défi actuel de la recherche en prévention de l'abus de substances est de tester des stratégies de prévention qui habilite les collectivités et leur permettent de concevoir et être en contrôle de leurs propres efforts de prévention pour identifier, prioriser et cibler les facteurs de risque et les facteurs de protection. »²⁹*

La prévention n'est cependant pas un livre de recettes où l'on peut reproduire à l'identique une même formule. Les caractéristiques des collectivités locales, les solidarités sociales existantes, la force des organisations communautaires, sont autant de facteurs qui jouent un rôle clé dans le succès de l'intervention de prévention. De plus en plus, les auteurs s'entendent sur une série d'éléments de processus qui sont les mieux à même de façonner le succès. Le Compendium des pratiques publié par Santé Canada propose les éléments suivants :

- Bâtir un cadre solide
 - Facteurs de protection, facteurs de risque et ressort psychologique
 - Intégration
 - Durabilité et intensité
- Mettre l'accent sur la responsabilisation
 - Renseignements précis
 - Objectifs clairs et réalistes
 - Surveillance et évaluation
 - Durabilité envisagée dès le début
- Comprendre les jeunes et les faire participer
 - Évolution du développement psychosocial des adolescents
 - Perception des jeunes à l'égard de la consommation

²⁸ Roberts, G., et coll., (2001), *op. cit.*, page 26.

²⁹ Hawkins, D., et coll., *op. cit.*, page 404.

- Participation des jeunes à l'élaboration et à l'exécution du programme
- Mettre en place un processus efficace
 - Messages crédibles
 - Développement simultané des connaissances et des compétences
 - Interaction entre les groupes
 - Excellence et formation des enseignants et des animateurs

Quelles sont les actions éprouvées et prometteuses ? Le Compendium propose une série de programmes d'interventions canadiennes mais dont aucune n'a véritablement été l'objet d'une évaluation rigoureuse.

Lors de nos audiences, plusieurs intervenants, notamment policiers, nous ont mentionné le programme DARE, pour *Drug abuse resistance education*.

*« Nous utilisons une version canadienne adaptée du programme DARE qui ne correspond pas à ce que la plupart des citoyens entendent dire à son sujet depuis des années. Grâce à ce programme, nous obtenons de bons résultats et une meilleure acceptation. »*³⁰

*« Nous avons été dans l'impossibilité de continuer de financer les programmes canadiens mais il faut reconnaître que la GRC et toutes ses divisions ont su choisir un bon programme de remplacement avec DARE, le programme Drug Abuse Resistance Education américain. Il s'agissait d'un programme clé en main. Notre budget ne nous permet toujours pas de développer des programmes canadiens ni de procéder à des évaluations. Malheureusement – et c'est vraiment embarrassant – l'argent qui a dû être consacré à la formation des agents de police canadiens au programme DARE, soit un total de 250 000 \$ a été fourni par les États-Unis. Le gouvernement canadien n'a financé aucune formation au programme DARE. »*³¹

Ce programme a été initié aux États-Unis au début des années 1980 par la police de la ville de Los Angeles. En 1996, ce programme était utilisé par 70 % des districts scolaires et rejoignait 25 millions d'étudiants. Environ 25 000 policiers américains ont été formés pour fournir les leçons du programme dans les écoles. Le programme est aussi utilisé dans 44 autres pays à travers le monde. Le programme comprend divers modules mis en œuvre diversement selon les collectivités. À la base, il inclut un programme de visites de la maternelle jusqu'à la quatrième année du primaire où les enfants reçoivent de brèves leçons sur la sécurité personnelle, le respect des lois, et les drogues. Le programme principal de 17 semaines est destiné aux élèves de 5^e et 6^e année. Un programme de 10 semaines, destiné aux élèves du premier cycle du secondaire, porte sur la résistance aux pressions des pairs, la capacité à faire des choix

³⁰ M. Barry King, chef du Service de police de Brockville, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 11 mars 2002, fascicule 14, page 83.

³¹ Surintendant principal R.G. Lesser, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 29 octobre 2002, fascicule 8, page 14.

personnels, la résolution de conflits et la gestion de la colère. Un autre programme de 10 semaines à l'intention des élèves du second cycle du secondaire porte sur les choix personnels et la gestion de la colère. Enfin, le programme DARE + est un programme après école, pour les jeunes du milieu du secondaire, orienté sur les activités récréatives. Le programme principal de 17 semaines pour les élèves de la fin du primaire est le plus fréquemment utilisé (81 % des districts scolaires américains). Il est offert par un policier en uniforme et porte sur les habiletés à résister aux drogues. Il donne des informations sur les drogues et leurs effets, l'estime de soi, des alternatives aux drogues. Le programme inclut des leçons magistrales, des discussions de groupe, des documents audio visuels, des exercices et des jeux de rôle.

Un document que nous a remis la GRC indique que le programme DARE est enseigné dans 1 811 écoles à travers le pays, dans 584 communautés différentes, à l'exception du Québec. L'Alberta vient en tête avec 150 districts scolaires, 583 écoles et plus de 21 400 étudiants rejoints en 2001. Elle est suivie de l'Ontario (40 districts, 346 écoles, 10 940 étudiants) et de la Colombie-Britannique (60 districts, 289 écoles, 10 800 étudiants). Toutes ces écoles offrent le programme principal de 17 semaines. En 2001, ce programme a rejoint plus de 53 000 étudiants. Au total, les diverses composantes de DARE ont rejoint plus de 65 000 élèves canadiens en 2001.

Nous ne savons pas dans quelle mesure le programme a été « canadienisé ». À notre connaissance, aucune étude d'évaluation d'impacts n'a été menée. Le document qui nous a été remis est la première phase d'une étude d'évaluation qui devrait, en deuxième phase, fournir des données sur les impacts. La première phase de l'étude porte sur les opinions, préférences et perceptions des élèves, professeurs et parents.³² L'étude porte sur l'ensemble des étudiants de 5^e et 7^e année du primaire du district scolaire de Vancouver Ouest qui ont reçu le programme soit 500 et 570 respectivement, leurs parents et leurs enseignants. L'étude révèle un très haut niveau de satisfaction face au programme. Ainsi :

³² Curtis, C.K. (1999) *The efficacy of the Drug Abuse Resistance Education program (DARE) in West Vancouver schools. Part 1 – Attitudes toward DARE : An examination of opinions, preferences, and perceptions of students, teachers, and parents.* GRC West Vancouver.

- 97 % des élèves, 95 % des professeurs, et entre 78 % et 94 % des parents selon le niveau étaient d'accord avec le programme et les objectifs du programme ;
- 78 % des professeurs étaient d'accord avec le contenu de DARE pour le niveau de leurs élèves ;
- 72 % des élèves considéraient que l'information reçue était valide et à jour ;
- 97 % des enseignants étaient très satisfaits du rapport entre le policier enseignant et les élèves ;
- 96 % des élèves disaient avoir compris les enseignements ;
- 88 % des élèves disaient que DARE les avait préparés à résister aux drogues au primaire et 58 % à y résister au secondaire ;
- Entre 82 % et 89 % indiquaient avoir une meilleure connaissance des dangers des drogues.

Ce ne sont là que quelques-uns des résultats. Ces données rejoignent d'ailleurs celles que l'on peut trouver sur le site Internet de DARE aux États-Unis et de plusieurs évaluations. Mais ce sont là des évaluations qui mesurent les opinions, perceptions et attitudes, non les comportements. On peut dire, dans une certaine mesure, que ces résultats, pour positifs qu'ils soient, sont en quelque sorte attendus.

Par contre, les évaluations qui ont cherché à mesurer les impacts du programme DARE sur les comportements, c'est-à-dire en particulier sur la prévention ou la réduction de l'usage ont à peu près systématiquement démontré que le programme n'avait aucun impact ou que des impacts très faibles et de courte durée.

Le Compendium des bonnes pratiques préparé pour Santé Canada contient une section spéciale sur le programme DARE. Il y est écrit :

« LE D.A.R.E. a fait l'objet d'évaluations et d'examen nombreux, mais de peu d'évaluations scientifiques rigoureuses. Bien que certaines évaluations fassent état de résultats positifs, des études parues dans des publications approuvées par les pairs, y compris une étude prospective sur cinq ans et une méta-analyse des évaluations des résultats de D.A.R.E. ont constamment révélé que le programme ne permet pas de prévenir ou de retarder la consommation de drogues, ni d'influer sur les intentions d'en consommer. En revanche, le programme semble stimuler les attitudes antidrogues, du moins à court terme, accroître les connaissances sur les drogues et favoriser des relations positives entre la police et les membres de la communauté. En outre, le taux d'acceptation du programme est généralement élevé chez les policiers qui le présentent, les élèves et leurs parents. »³³

On peut bien entendu attribuer l'absence d'impacts du programme aux exigences de l'évaluation. Ce sont cependant les mêmes qui sont utilisées pour d'autres programmes.

³³ Roberts, G. et coll., *op. cit.*, page 192.

En 1997, un rapport important a été déposé au Congrès américain, à sa demande, par une équipe de chercheurs prestigieux de diverses universités américaines pour faire le point sur ce qui marche, ne marche pas et est prometteur en prévention de la criminalité.³⁴ Voici ce qu'a dit ce rapport du programme DARE :

[Traduction] « Plusieurs évaluations du programme original principal de 17 leçons ont été menées. L'Institut national de la Justice a fait un résumé dans une méta-analyse des effets à court terme de D.A.R.E. Cette synthèse a identifié 18 évaluations du programme principal de D.A.R.E., huit d'entre elles atteignant les critères méthodologiques suffisants pour faire partie de la méta-analyse. Les auteurs ont trouvé que :

1. Les effets à court terme sur l'usage de drogues, à l'exception du tabac, ne sont pas significatifs ;
2. Les effets sur l'usage de drogues sont faibles, ne dépassant pas 0,6 en moyenne pour l'usage de drogues et ne dépassant jamais 0,11. Les effets sur les facteurs de risque associés à l'abus de substances sont aussi petits : 0,11 pour les attitudes et 0,19 pour les habiletés sociales ;
3. D'autres programmes ciblant le même groupe d'âge que D.A.R.E. sont plus efficaces (...).

Quatre autres rapports récents, dont trois études longitudinales, n'ont pas réussi à trouver d'effets positifs à D.A.R.E. Lindstrom (1996), dans une étude relativement rigoureuse sur un échantillon d'environ 1 800 étudiants en Suède, n'a pas observé de différences significatives sur les mesures de délinquance, d'usage de substances ou d'attitudes favorables à l'usage, entre les étudiants qui ont reçu et ceux qui n'ont pas reçu le programme D.A.R.E.. Sigler et Talley (1995) n'ont pas observé de différences dans les comportements d'usage des élèves de 7^e année à Los Alamos au Nouveau-Mexique, entre ceux qui avaient et n'avaient pas reçu le programme D.A.R.E. 11 mois plus tôt. Rosenbaum et coll., (1994) rapportent une étude portant sur 12 paires d'écoles (échantillon total de près de 1 600 élèves) qui étaient assignées aléatoirement en écoles recevant et écoles ne recevant pas le programme. Bien qu'ayant observé quelques effets positifs immédiatement après le programme, les auteurs n'ont observé aucune différence significative sur l'usage de tabac ou d'alcool entre les élèves des deux groupes d'écoles au début de l'année scolaire suivante. (...) Ces études, et des rapports récents dans les médias, ont critiqué D.A.R.E. parce que le programme (a) ne met pas suffisamment l'accent sur le développement des habiletés sociales et trop sur les connaissances et les attitudes ; (b) repose sur des cours et des discussions plutôt que sur des méthodes interactives ; (c) recourt à des policiers en uniforme qui ne sont pas formés pour enseigner et ont donc de moins bonnes relations avec les élèves.

(...)

En somme, sur la base des critères méthodologiques utilisés dans notre étude, D.A.R.E. ne marche pas pour réduire l'usage de substances. (...) Aucune donnée scientifique n'indique que le programme principal de D.A.R.E. tel que conçu à l'origine et révisé en 1993 diminuera l'usage de substances en l'absence d'une formation plus axée sur le développement des compétences sociales. »³⁵

Ces informations sont du domaine public. Elles sont disponibles depuis plusieurs années. Considérant le peu de ressources qui sont consacrées à la prévention de l'abus de drogues au Canada, les autorités fédérales et la GRC auraient eu intérêt à en prendre connaissance avant de décider d'implanter même une version canadianisée du

³⁴ Sherman, L.W. et coll., (1997) *Preventing Crime : What Works, What Doesn't, What's Promising*. A Report to the United States Congress. Washington, DC : US Department of Justice.

³⁵ *Ibid.*, pages 5-33 à 5-35.

programme DARE. Au delà de la rhétorique qui peut plaire, il y a dans ce cas-ci, et c'est si rare qu'il faut savoir en profiter, des études rigoureuses qui démontrent que ce programme n'atteint pas les objectifs qu'il dit viser.

La même étude identifie d'ailleurs d'autres programmes beaucoup plus susceptibles d'avoir des résultats positifs sur l'usage et l'abus de drogues, notamment les programmes de formation aux habiletés sociales. Le Compendium canadien décrit aussi un certain nombre de programmes qui ont été évalués de manière rigoureuse et ont montré des résultats positifs.

Comme l'un de nos témoins, nous nous interrogeons donc fortement sur cette pratique développée dans le monde policier de faire l'éducation aux drogues dans les écoles :

« J'aimerais commenter brièvement les programmes d'éducation antidrogues présentés par la police. Personnellement, nous avons quelques réserves au sujet des programmes d'éducation présentés pendant de longues heures par des agents de police. Nous ne pensons pas qu'il soit financièrement viable de demander à des agents de police de présenter des programmes d'éducation antidrogues pendant des heures et des heures à tous les niveaux d'une école. Les enseignants ont reçu une formation d'éducateur. On leur a appris comment augmenter l'estime de soi et comment donner aux élèves une plus grande confiance en leurs compétences. Nous savons que la plupart des agents de police sont sérieux et bien intentionnés, mais nous craignons que certains d'entre eux n'aient pas, à notre avis, la formation suffisante pour donner le type d'éducation requise. J'ai également certaines réticences vis-à-vis d'une toute nouvelle initiative mise en œuvre par le programme DARE aux États-Unis. (...) ils devraient se poser la question qui est la personne la mieux qualifiée pour présenter ce programme ? Des élèves et des professeurs nous ont dit qu'une éducation antidrogues présentée par un agent de police est parfois plus autoritaire et qu'elle contribue moins à aider les jeunes à faire eux-mêmes des choix mûrement réfléchis, mais tend plutôt à leur imposer un choix précis. »³⁶

Nous pensons que l'éducation aux substances psychoactives, aux comportements d'usage et aux risques qui y sont associés, est nécessaire. Mais nous pensons qu'il faut repenser les approches et que les policiers, s'ils doivent y être associés, ne doivent pas en être les maîtres d'œuvre ni non plus ceux qui assurent la formation des élèves.

Indépendamment de la liste des facteurs de risque et de protection que l'on dresse et de la liste de programmes gagnants que l'on fait, il importe d'avoir une vision holistique de la prévention puisque le phénomène des drogues s'inscrit lui-même dans un environnement social, culturel, historique et complexe. L'examen des discours et des pratiques de prévention démontre que l'un des risques consiste à proposer une conception réductionniste et mécaniste de la santé des personnes et des collectivités. Nous avons constaté au chapitre 6 que, les données disponibles indiquent une augmentation de la consommation de cannabis chez les jeunes de niveau secondaire.

³⁶ M. Art Steinman, Directeur général, *Alcohol-Drug Education Service*, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 7 novembre 2002, fascicule 10, page 86.

Nous avons aussi vu au chapitre 10 que l'opinion publique serait plus tolérante qu'auparavant. Et nous avons vu dans le présent chapitre que peu d'efforts ont été consentis au titre de la prévention. Faut-il pour autant, affirmer, comme l'a fait le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, que l'augmentation de la consommation résulte de la simple addition de ces facteurs ?

« La résurgence du phénomène général de la drogue tel que nous le connaissons aujourd'hui est largement le fait de la jeunesse en général, ce qui représente peut-être le plus lourd tribut que nous devons payer pour avoir modifié notre cible et négligé cette population au cours de la deuxième phase (de la stratégie nationale, ndlr.). À toute fin pratique, il est que notre effort de prévention doit viser tous les jeunes sans exception. Le Centre croit que tous les jeunes – premier de classe comme décrocheurs – sont vulnérables à la consommation de la drogue et devraient être considérés comme faisant partie intégrante des populations à risque. »³⁷

Est-ce vraiment l'effet des efforts de prévention mené au cours de la première phase de la stratégie (1987-1992) qui peut expliquer la relative diminution des niveaux de consommation au cours de cette période ? Est-ce vraiment l'absence de discours et pratiques de prévention au cours des années 1990 qui peuvent rendre compte de l'augmentation de l'usage ? À strictement parler, on n'en sait rien. Non seulement n'y a-t-il pas eu une évaluation de la phase I de la stratégie nationale, mais même l'évaluation la plus rigoureuse n'aurait pu l'établir de manière certaine. On pourrait tout aussi bien relier l'augmentation des niveaux de consommation des années 1990 à une série de facteurs tout autres tels la réduction des services gouvernementaux, la contraction du marché de l'emploi pour les jeunes, voire la globalisation des marchés mondiaux qui induit un sentiment d'impuissance devant les conditions de vie. Ou d'autres facteurs encore qui nous échappent pour le moment.

Aux États-Unis, la consommation de substances illicites a diminué au cours de la période 1982-1991, pour recommencer à augmenter à compter de 1993. Les politiques et les approches ont-elles changé ? Les taux d'incarcération pour délits reliés aux drogues n'ont certainement pas diminué. Autant d'argent sinon davantage a été investi dans les programmes de prévention et d'éducation. Le taux d'usage d'alcool chez les jeunes de moins de 17 ans avait aussi diminué ; peut-on l'attribuer aux mêmes mesures ? Inversement, le taux d'usage du tabac n'avait à peu près pas changé malgré des campagnes d'éducation et de prévention au moins aussi fortes. Alors ? Si l'on peut certes attribuer une partie de la diminution de l'usage de drogues illicites aux politiques de « guerre à la drogue », il n'est pas certain que cette explication soit suffisante. Et il faudrait aussi se demander à quel coût social et économique.

[Traduction] « La "guerre à la drogue" du gouvernement américain a mené à une expansion incroyable des ressources destinées à la réduction de l'offre et à la lutte au trafic des drogues illicites ainsi qu'à

³⁷ Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (1996) *La politique antidrogue au Canada. Mémoire au Comité permanent de la Santé de la Chambre des communes*. Ottawa : auteur.

imposer des sanctions de plus en plus sévères contre les usagers, incluant ceux qui sont trouvés en possession de quantités relativement petites de drogues illicites. Ces politiques ont apparemment eu peu d'effets sur la disponibilité des drogues addictives ou sur la réduction de l'abus. Elles ont fait exploser les coûts associés à la construction de prisons et à l'augmentation extraordinaire de la population carcérale, incitant plusieurs personnes à demander la légalisation des drogues prohibées telles la marijuana et la cocaïne. »³⁸

À travers tout cela, on laisse peu de place pour une conception moins mécaniste des individus. C'est ce que nous rappelait le professeur Malherbe dans le texte qu'il a préparé à notre demande :

« La réalité vécue par des humains est toujours plus complexe et multifactorielle et aucun énoncé de risque se référant à un facteur unique n'a de signification pour un sujet individuel (même si des corrélations semblent bien établies). (...) Aucune prévision n'est possible de l'avenir d'un individu singulier sur base d'informations statistiques. On est donc en droit de se demander parfois quel est le niveau de formation scientifique (ou d'honnêteté) des médecins qui confondent corrélation statistique, facteur de risque et cause. Il est vrai cependant qu'il est plus commode de « faire la morale » aux gens que de les soutenir et de les éclairer dans le cheminement souvent chaotique de leur liberté vers une plus entière responsabilité à l'égard d'eux-mêmes, des autres et de la fragile biosphère à laquelle tous nous appartenons. »³⁹

Et plus loin :

*« La vraie nuisance, la pire de toutes, la plus intolérable, la seule qui doive absolument être réprimée est celle qui consiste à vouloir faire le bonheur des gens en creusant leur peur de la maladie et de la mort et sans leur demander à chacun d'exercer ses choix personnels et de réaliser ses préférences. La vraie, l'unique nuisance, est le fait de l'idéologie sanitaire, de la **furor sanandi** qui dessine notre bonheur sans que nous puissions y prendre goût. Est-ce dire que tout soit permis indistinctement ? Certes non ! Mais le critère reste à découvrir pas à pas au fil de nos essais et de nos erreurs et ne saurait être imposé par des experts – médecins ou économistes – au nom d'un ordre a priori et mortifère. Mieux vaut pour la vie la joie d'un désordre fécond que l'ennui d'une planification dont l'arbitraire n'aurait d'égal que la stérilité. »⁴⁰*

Il convient aussi que la prévention, surtout dans les écoles, soit un lieu de discussion et d'ouverture qui permette la responsabilisation des jeunes ainsi qu'une acculturation des substances. La démonisation et l'endoctrinement ne tiennent jamais lieu d'éducation.

³⁸ Hawkins, D.J., Arthur, M.W. & R.F. Catalano (1995) « Preventing Substance Abuse. » dans Tonry, M. et D.P. Farrington (eds.) *Building a Safer Society : Strategic Approaches to Crime Prevention*, Chicago : University of Chicago Press, page 344.

³⁹ Malherbe, J.F. (2002) *Contribution de l'éthique à la définition de principes directeurs pour une politique publique sur les drogues*. Document préparé pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites. Ottawa : Sénat du Canada, page 7.

⁴⁰ *Ibid.*, page 10.

RÉDUCTION DES RISQUES, RÉDUCTION DES MÉFAITS

L'approche de réduction des méfaits s'est imposée comme outil privilégié d'intervention pour la prévention de la contamination au VIH Sida par suite d'injection de drogues par voie intraveineuse. On s'est en effet aperçu, à la fin des années 80, que les usagers des drogues injectées étaient un vecteur important de transmission du VIH. Les programmes d'échange de seringues, par exemple, sont nés de cette approche.

Mais l'approche de réduction des méfaits pose une série de difficultés conceptuelles et théoriques. D'abord sur les termes eux-mêmes. En anglais, le terme le plus souvent utilisé est *harm reduction*, mais on voit aussi parfois le terme *risk reduction*. En français, on a traduit *harm reduction* par réduction des méfaits, mais aussi par réduction des dommages et réduction des risques.

De plus, le concept et la pratique de la réduction des méfaits font l'objet de critiques de la part d'un certain nombre d'observateurs qui y voient des stratégies de légalisation camouflée des drogues.

« Lorsque je parle de « politique de réduction des méfaits » je ne pense pas à la politique que nous avons mise en œuvre jusqu'ici. Nous avons tenté de nombreuses expériences comme celle de l'échange de seringues et nous avons mis à l'essai l'approche de réduction des méfaits pour ce qui est de la conduite en état d'ivresse. J'ai conçu de nombreux programmes destinés aux jeunes parce que c'est ma spécialité. Si on me demandait d'élaborer un programme en vue d'enseigner aux jeunes comment utiliser de façon modérée et sans risques les drogues qui sont illicites aujourd'hui, je ne pense pas que je saurais comment le faire. La consommation de drogues entraîne toujours des effets. L'héroïne peut être la plus pure au monde, mais la personne qui la consomme peut-elle fonctionner au sein de sa famille et dans la société et a-t-elle les moyens de payer pour la drogue qu'elle s'habitue à consommer ? Voilà les questions auxquelles il faut répondre. Lorsque j'utilise le terme « réduction des méfaits » je l'utilise dans son sens originel. Le terme a malheureusement pris une autre connotation. À l'origine, l'objectif visé était noble, mais le terme signifie maintenant décriminalisation ou légalisation des substances. Je vous mets en garde contre l'utilisation de ce terme tel qu'il est maintenant compris. »⁴¹

Il est vrai que les stratégies de réduction des méfaits sont souvent sur une trajectoire de collision avec les stratégies d'application de la loi : la situation s'est souvent présentée dans plusieurs villes du pays où des héroïnomanes sortant d'une clinique d'échange de seringues se trouvaient nez à nez avec des policiers.

Le terme réduction des méfaits renvoie plus spécifiquement aux stratégies visant à réduire les conséquences négatives de la consommation de drogues sur la santé, la

⁴¹ Dr. Colin Mangham, *op. cit.*, page 73.

situation économique et l'environnement social, pour l'utilisateur et pour son entourage.⁴² Au delà de l'échange de seringues, les stratégies de réduction des méfaits pour les usagers de drogues incluent des actions telles la prescription de méthadone pour les héroïnomanes, des programmes de prescription d'héroïne sous surveillance médicale, ou des cliniques d'injection sans prescription. Les intervenants canadiens s'entendent pour dire que ces diverses mesures sont sous-développées au Canada. Le ministère fédéral de la Santé a récemment annoncé qu'un programme de prescription d'héroïne serait testé dans trois grandes villes du pays. Le nombre de places de méthadone serait insuffisant. Quant aux cliniques d'injection – *safe injection rooms* – elles sont inexistantes.

Quelles sont les implications d'une stratégie de réduction des méfaits pour le cannabis ? Quelles en seraient les applications possibles ? Les stratégies de réduction des risques reliés par exemple à l'héroïne ont été basées sur la connaissance de certains des méfaits reliés à l'usage intraveineux de cette drogue : VIH et hépatite C pour les usagers (programmes d'échange de seringues), l'insalubrité des lieux d'injection et les risques de violence (cliniques d'injection), petite criminalité contre les biens pour payer les doses (prescription d'héroïne). Pour élaborer des stratégies de réduction des méfaits, il faut donc connaître au moins certains aspects des modes de consommation de la drogue et ses effets nocifs, directs ou indirects. Quels sont les méfaits reliés au cannabis ?

Aux chapitres 7 et 8, nous en avons identifié quelques-uns dont :

- Des risques pour les jeunes de moins de 16 ans en raison de l'immaturité de leur développement physiologique, notamment de leur système cannabinoïde endogène ;
- Des risques associés à une consommation qu'on pourrait qualifier d'occupationnelle (plutôt que récréative), caractérisée notamment par une consommation seul, le matin, pour réaliser des activités scolaires ou professionnelles ;
- Des risques associés à une consommation intensive et fréquente sur une longue durée ;
- Des risques associés à l'inhalation du produit sur une longue durée ;
- Des risques associés à la conduite sous l'influence, surtout lorsque combiné avec l'alcool.

C'est donc à partir de cette connaissance que des stratégies de réduction des risques pourraient être élaborées pour le cannabis. Ainsi :

- Décourager l'usage pour les moins de 16 ans ;
- Dépistage des consommateurs à risque, spécifiquement chez les jeunes ;

⁴² Par exemple, voir les travaux de D. Riley (1996) *Harm Reduction : Concepts and Practice. A Policy Discussion Paper*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies ; ainsi que le document de réflexion que Dr Riley avait préparé pour le Sénateur Nolin.

- Informer sur les risques de l'inhalation et que l'inhalation profonde fait partie du folklore et n'est pas nécessaire pour obtenir les effets ;
- Dissuader par des moyens forts la conduite sous l'influence.

Évidemment, comme pour les stratégies de réduction des méfaits pour les autres drogues, ces outils reposent sur la reconnaissance de l'usage et une approche qui ne postule pas l'abstinence. Nous sommes bien conscients que ces deux prémisses pourront susciter de vives réactions chez ceux qui croient que le cannabis est foncièrement dangereux et nous mettre en porte-à-faux par rapport au contexte juridique actuel.

CONCLUSIONS

La prévention est nécessaire. Rappelant nos principes directeurs, elle doit s'inscrire dans une vision du rôle de la gouvernance comme moyen de favoriser l'action humaine et dans une vision de l'éthique et de la santé publique qui doivent mettre l'accent sur l'autonomie. En ce sens, prévenir n'est pas contrôler mais participer à l'émancipation. Et dans le cas du cannabis qui nous concerne, émancipation ne signifie pas obligatoirement non-usage mais capacité de prise de position et de réflexion par rapport aux motifs et raisons de l'usage, et d'intervention autonome sur les conduites à risque.

Conclusions du chapitre 16

Sur la prévention

- La prévention n'est pas une stratégie de contrôle mais une manière d'habiliter les acteurs sociaux, individuels et collectifs, à prendre des décisions informées et à acquérir des outils pour éviter les conduites à risque.
- Une stratégie nationale sur les drogues devrait investir significativement en prévention.
- Les stratégies de prévention doivent être en mesure de tenir compte des connaissances sur les drogues.
- Les messages de prévention doivent être crédibles, vérifiables, neutres.
- Les stratégies de prévention doivent être globales, multifactorielles et impliquer la collectivité.
- Les stratégies de prévention dans les écoles ne devraient pas être pilotées par les organisations policières ni offertes par des policiers.
- La GRC devrait reconsidérer son choix du programme DARE.

Sur l'évaluation

- Une stratégie de prévention doit prévoir l'évaluation

Sur la réduction des risques

rigoureuse d'un certain nombre de mesures clés.

➤ Une stratégie nationale sur les drogues devrait prévoir des mécanismes permettant la dissémination large des connaissances issues de la recherche et de l'évaluation.

➤ Les évaluations doivent éviter le réductionnisme, doivent impliquer les acteurs de prévention, doivent s'intégrer au programme et doivent prévoir l'évaluation des impacts sur une base longitudinale.

➤ Des stratégies de réduction des risques en matière de cannabis devraient être élaborées en concertation avec les acteurs du domaine de l'éducation et des services sociaux.

➤ Des stratégies de réduction des risques en matière de cannabis devraient inclure une information sur les risques associés à l'usage du cannabis, des outils de dépistage des usagers à risque et des usagers excessifs, et des moyens de lutte contre la conduite sous l'influence du cannabis.

CHAPITRE 17

PRATIQUES DE SOINS

À l'exception des traitements offerts aux Autochtones et aux contrevenants incarcérés dans les institutions fédérales, les soins aux personnes ayant des dépendances relèvent essentiellement des provinces et territoires. Ce chapitre sera donc bref puisque nous n'avons reçu que quelques mémoires et témoins traitant de cette question.

Afin de mettre cette discussion en contexte, nous rappelons d'abord quelques données relatives aux dépendances induites par le cannabis et ses dérivés. Nous examinons ensuite les diverses formes de traitements disponibles. Enfin, nous nous penchons brièvement sur les connaissances relatives à l'efficacité des traitements.

DÉPENDANCES AU CANNABIS

Clarifions d'abord la terminologie. Nous avons vu au chapitre 7 que, même si le terme toxicomanie revient le plus souvent pour désigner les personnes qui ont un problème de dépendance aux substances psychoactives, l'OMS avait recommandé de l'abandonner dès 1963 pour cause d'imprécision. Nous lui préférons le terme de dépendance, plus englobant, et qui peut s'appliquer à toutes sortes de conduites addictives qu'il s'agisse de substances (aliments, alcool, drogues illicites) ou d'activités (jeu, sexe, sports extrêmes). En matière de substances psychoactives, nous distinguons, avec l'OMS, entre dépendance psychique et dépendance physique :

« La dépendance psychique est un « état dans lequel une drogue produit un sentiment de satisfaction et une pulsion psychique exigeant l'administration périodique ou continue de la drogue pour provoquer le plaisir ou éviter le malaise.

La dépendance physique est un « état adaptatif caractérisé par l'apparition de troubles physiques intenses lorsque l'administration de la drogue est suspendue ou que son action est contrecarrée par un antagoniste spécifique. Ces troubles, c'est-à-dire les symptômes de sevrage ou d'abstinence, se composent de symptômes et de signes de nature physique ou psychique qui sont caractéristiques de chaque drogue. »¹

¹ OMS (1964) *Comité d'experts des drogues engendrant la dépendance*, Série de rapports techniques, no 273, cité in Caballero et Bisiou, *op. cit.*, pages 5-6.

Alors que la dépendance est décrite comme un état physiologique ou psychologique induit par la consommation prolongée et abusive d'une substance, la toxicomanie a une connotation de maladie mentale, sinon une connotation morale. Certains d'ailleurs, le NIDA par exemple, n'hésitent pas à faire de la toxicomanie une véritable maladie qui aurait des composantes génétiques. Dans cette perspective, l'usage de drogues déclencherait des mécanismes biophysologiques menant à l'addiction. D'où l'accent sur l'abstinence. Au Canada, les programmes de traitement ont tendance à considérer les dépendances comme un phénomène bio-psychosocial mais « on continue toutefois, dans certains secteurs de services, d'appuyer les différentes versions du traitement fondé sur la notion que l'alcoolisme et la toxicomanie sont des maladies ».² Il est d'ailleurs intéressant de noter que les programmes de réadaptation pour alcoolisme seraient plus nombreux (51 %) que les programmes pour « toxicomanie » (47 %) à admettre une stratégie de réduction des méfaits et donc des objectifs autres que ceux de l'abstinence.³

Ces précisions faites, le Comité a été frappé par l'ambivalence de la terminologie selon la langue utilisée. En anglais, le nom du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies est le *Canadian Centre on Substance Abuse* (centre canadien sur l'abus des substances). En français, la brochure du ministre du Solliciteur général décrivant les activités de son portefeuille ministériel s'intitule *La lutte contre la toxicomanie*, et en anglais *Countering Substance Abuse* (combattre l'abus de substances). Au Québec, l'organisme gouvernemental est le Comité permanent de lutte à la toxicomanie. En plus de porter une charge morale forte, le vocable toxicomanie appelle un vocabulaire de lutte, de combat, tandis que le terme abus de substances est plus neutre, plus posé pourrait-on dire. L'écart entre les deux langues ne s'explique pas pourtant par l'absence d'un substantif approprié : à *drug addiction* correspond en français un choix de termes : addiction (plus ou moins heureux) ou dépendance. Un peu de rigueur et de clarté ne nuirait sûrement pas tenant compte de l'émotivité du débat sur les drogues.

Ayant distingué entre les usages, les conduites à risque et les usages excessifs, nous pensons qu'il convient, logiquement, d'éviter le terme toxicomanie et de référer plutôt aux dépendances induites par l'usage excessif. Il conviendrait d'ailleurs que les organismes et ministères fédéraux modifient et accordent leur terminologie entre les deux langues.

Quelle fréquence de dépendances au cannabis ? Nous avons établi au chapitre 7 que la dépendance physique au cannabis est certainement rare et mineure. Certains symptômes d'accoutumance et de tolérance sont identifiables chez les usagers chroniques de longue date, mais la plupart d'entre eux n'ont aucun mal à arrêter et n'ont pour la plupart pas besoin de sevrage.

² Roberts, G. et A. Ogborne (1998) *Profil, Alcoolisme et toxicomanie. Traitement et réadaptation au Canada*. Ottawa : Stratégie canadienne antidrogue, ministère de la Santé, page 18.

³ *Ibid.*

Quant aux formes de dépendance psychologique, les études sont encore incomplètes, mais les données internationales tendent à indiquer qu'entre 5 % à 10 % des usagers réguliers (au moins au cours du dernier mois) sont à risque de développer une dépendance au cannabis. Rappelant que chez les adultes environ 3 % ou 600 000 Canadiens auraient consommé du cannabis au cours du dernier mois et qu'environ 100 000 ou 0,5 % en feraient un usage quotidien, nous avons estimé qu'entre 30 000 et 40 000 en feraient un usage à risque et qu'entre 5 000 à 10 000 en feraient un usage excessif. Chez les jeunes de 16 et 17 ans, entre 50 000 et 70 000 seraient à risque et entre 8 000 et 17 000 feraient un usage excessif. Nous avons aussi vu que la période de consommation la plus intensive se produirait entre 17 et 25 ans. C'est dire que c'est à l'intérieur de ces paramètres qu'il faut chercher à prévenir la dépendance au cannabis et offrir les services de réadaptation nécessaires.

Quelle forme prend la dépendance au cannabis? La plupart des auteurs s'entendent pour dire que la dépendance psychologique au cannabis est relativement mineure. En fait, elle n'aurait rien de comparable avec la dépendance au tabac ou à l'alcool, et serait même moins importante que la dépendance à certains médicaments psychotropes. La cessation de consommation durant deux à quatre semaines, qui s'accompagne de certains symptômes semblables à ceux de la cessation de la nicotine (insomnie, irritabilité, transpiration, etc.), suffirait généralement à faire disparaître les symptômes. Lorsque des formes de traitement s'imposent, pour un certain nombre de personnes, elles sont moins longues et moins difficiles que celles pour dépendance à l'alcool ou aux drogues « dures ». Il est aussi notable que les demandeurs de traitement pour dépendance au cannabis soient plus jeunes que ceux qui suivent un traitement pour dépendance aux autres drogues. Divers facteurs peuvent expliquer cet état de fait : la consommation de cannabis est davantage un phénomène de jeunesse que les autres substances, elle atteint son pic au début de la vingtaine et diminue significativement après la fin de la vingtaine ; remarquons aussi que les jeunes qui ont besoin d'un traitement manifestent aussi des problématiques de polytoxicomanie, le cannabis n'étant pas la seule drogue consommée.

La sortie de la dépendance ou d'une consommation que l'utilisateur en vient à considérer comme abusive, se fait souvent par choix personnel et ne requiert pas nécessairement une intervention thérapeutique.

« Il y a ce qu'on appelle la rémission spontanée. Vers la trentaine, beaucoup de comportements d'abus de substance ou de consommation cessent ou sont plus modérés. Il y a un phénomène de maturation évident en ce qui concerne la consommation de drogues.

Chez les consommateurs de longue date, il y a aussi le phénomène de la mise à la retraite, c'est-à-dire de la lassitude face au style de vie lié à la consommation de drogues : il y a une perte d'intérêt pour la quête incessante du produit et pour ce que cela apporte comme gratification. En fait, c'est carrément un type

d'analyse coût-bénéfices où l'individu en vieillissant se dit que le jeu n'en vaut plus la chandelle. Il considère que les conséquences négatives de sa consommation ne valent plus le coup. »⁴

« La majorité des personnes qui éprouvent des problèmes d'alcool et de drogues ne reçoivent aucune aide, mais les faits démontrent clairement que celles qui bénéficient de certaines formes de traitement réduisent leur consommation de substances psychotropes et montrent aussi, par la suite, une amélioration personnelle à maints égards. En règle générale, les résultats du traitement seront d'autant meilleurs que l'on s'occupera simultanément de traiter les principaux problèmes de l'existence (communication, manque de confiance en soi, chômage). »⁵

Il y a de bonnes raisons de penser que, pour ce qui est du cannabis, la majorité des usagers à problème n'ont pas recours aux diverses formes de traitement, et qu'ils n'en ont vraisemblablement pas besoin. D'abord parce que les effets du cannabis ne sont pas aussi prononcés que ceux d'autres drogues. Ensuite parce que les usagers de cannabis sont plus souvent des personnes socialement intégrées que les usagers de drogues dures, leur permettant de compter sur leurs réseaux naturels d'entraide. Troisième raison selon nous qui expliquerait que la majorité des usagers de cannabis peuvent se sortir d'une trajectoire de dépendance : l'usage n'est pas associé à la « toxicomanie », à la déchéance, dans les représentations sociales et dans l'imaginaire collectif, comme peut l'être l'usage d'héroïne par exemple. De plus, une étude canadienne a indiqué que « seulement 3 % des consommateurs de drogues illicites ont déclaré avoir demandé une aide quelconque pour leurs problèmes de toxicomanie. »⁶

Au demeurant, comme pour toute substance psychoactive, un certain nombre de personnes choisissent ou ont besoin d'un traitement.

« On a d'ailleurs observé dans les groupes en traitement – et c'est une hypothèse – qu'il y a deux groupes de personnes qui cherchent à mettre un terme à leur consommation. Premièrement, il y a les gens qui ont surtout consommé des opiacés de façon régulière depuis six ans et plus. Deuxièmement, il y a le groupe des consommateurs qui consomment depuis deux ans et moins et qui ne veulent plus composer avec les effets secondaires des drogues. »⁷

La décision de traitement serait notamment déterminée par l'accroissement des difficultés sociales et personnelles que poserait la consommation de la substance, et par une comorbidité avec des troubles d'ordre psychiatrique.⁸ Les femmes font systématiquement moins demande de services de traitements spécialisés pour drogues et alcoolisme ; on peut expliquer cette situation par le fait que l'offre de service est

⁴ Dr Céline Mercier, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 10 décembre 2001, fascicule 12, page 9.

⁵ Robert, G. et A. Ogborne (1999) *Meilleures pratiques – Alcoolisme et toxicomanie. Traitement et réadaptation*. Ottawa : Stratégie canadienne antidrogue, page 5.

⁶ Roberts et Ogborne (1999) *op. cit.*, page 64.

⁷ Dr Céline Mercier, *ibid.*

⁸ Roberts et Ogborne, *op. cit.*, page 65.

moins grande et que les femmes sont prises en charge autrement par des services psychiatriques traditionnels.

Mais les personnes ne choisissent pas toujours, ou du moins pas totalement. Les pressions familiales ou du milieu de travail, et dans certains cas les exigences judiciaires, sont autant de facteurs qui mènent au traitement. De surcroît, on connaît peu de choses des trajectoires des personnes qui consomment des drogues de manière excessive, a fortiori de celles qui demandent un traitement. Par exemple, on ne sait pas dans quelle mesure le fait d'aboutir en traitement serait davantage le fait d'autres problématiques antérieures – problèmes familiaux, problèmes psychiatriques – que de la consommation de la substance elle-même. Pour les usagers de drogues qui ont par ailleurs des démêlés avec la justice et une trajectoire délinquante, les comportements déviants et délinquants précèdent souvent l'entrée sur une trajectoire de dépendance aux drogues, comme l'a démontré le chapitre 6. La demande de traitement dans ces cas sera au moins autant motivée par le fait de devoir, ou de vouloir, mettre fin à une carrière criminelle qu'aux effets de l'usage de substances.

Peut-on, doit-on forcer au traitement ? C'est l'une des questions soulevées par l'apparition en France de l'obligation de soins dans la Loi sur les stupéfiants de 1970, devenue depuis l'injonction thérapeutique,⁹ et des tribunaux spéciaux sur les drogues (*drug courts*) aux États-Unis d'abord et maintenant au Canada.

Au Canada, certains articles du *Code criminel* portent sur l'obligation pour certains contrevenants de suivre des traitements lorsqu'ils sont des problèmes reliés à l'alcool ou aux drogues. Ainsi, dans le cadre d'une ordonnance de probation, la cour peut ordonner :

- Que le contrevenant, s'il y consent, et sujet à l'approbation du responsable de l'organisme visé, suive un traitement approuvé par la province ; et
- Que le contrevenant se présente à un organisme pour évaluation et traitement curatif pour consommation d'alcool ou de drogues (lorsque la province a établi un tel programme).¹⁰

De plus, lorsque le tribunal impose une sentence conditionnelle, l'une des options lui permet d'ordonner que le contrevenant suive un traitement auprès d'un organisme approuvé par la province.¹¹

Sauf exception, un tribunal n'ordonnera pas un traitement pour des problèmes reliés à l'alcool ou aux drogues si la personne n'a pas été trouvée coupable d'une infraction criminelle. L'une de ces exceptions concerne la détention des personnes ayant des problèmes de santé mentale en vertu de la législation provinciale sur la santé

⁹ Nous décrivons plus en détail le système français au chapitre 20.

¹⁰ *Code Criminel*, paragraphes 732.1(3)(g) et (g.1).

¹¹ *Code Criminel*, paragraphe 742.3(2)(e).

mentale. Ces lois prévoient dans quelles conditions une personne peut être détenue aux fins de traitement contre son gré.

La décision de la Cour suprême du Canada dans *Winnipeg Child and Family Services (Northwest Area) v. G. (D.F.)*¹² illustre bien la réticence des tribunaux à imposer un traitement pour abus de substances. Dans cette affaire, une jeune femme autochtone enceinte de cinq mois et déjà mère de trois enfants avait une dépendance à la colle dont la consommation peut endommager le système nerveux du fœtus. Les services à l'enfance et à la famille de Winnipeg ont demandé au tribunal la permission de détenir la jeune femme contre son gré pour lui imposer un traitement. Examinant les faits en cause à partir de la question des droits du fœtus, la Cour a décidé que ni la « *tort law* » ni la juridiction *parens patriae* des tribunaux ne justifiaient une ordonnance de détention et de traitement d'une personne aux fins de prévenir des préjudices au fœtus.

En France, l'injonction thérapeutique, sous-utilisée, a fait l'objet de sévères critiques notamment à cause de l'imposition du traitement. La question demeure ouverte malgré des évaluations mitigées des résultats de cette pratique.¹³

*« L'injonction thérapeutique fonctionne aussi en France depuis 1970. Une étude avec une collègue de l'Institut national de santé et de recherche médicale en France a démontré que beaucoup de gens étaient perdus en cours de route parce qu'il y avait une injonction thérapeutique qui les obligeait à suivre un traitement. Ces gens ne recevaient jamais de traitement, faute de place, faute de suivi. Si on veut instaurer les « drug courts » au Canada, il faudra prévoir et bien préparer ces mécanismes de concertation avec les systèmes de traitement pour être bien sûr que les services de traitement sont disponibles. Sinon, c'est un peu un leurre de créer des drug courts si les personnes se perdent dans les failles du système. »*¹⁴

On estime qu'environ 10 % des détenus incarcérés dans les institutions fédérales le sont pour infractions à la Loi sur les drogues. Par ailleurs, et c'est encore plus important, on estime qu'au moins 50 % de tous les détenus, que ce soit dans les prisons provinciales ou dans les centres fédéraux de détention, ont des problèmes de dépendances (alcool et drogues).¹⁵ Or, au total, peu de détenus reçoivent une quelconque forme de traitement.¹⁶ Aux États-Unis, des études indiquent que moins de 10 % des détenus reçoivent des traitements pour dépendances pendant leur incarcération.¹⁷

¹² [1997] 3 S.C.R. 925.

¹³ Simmat-Durand, L. (1999) « Les obligations de soins en France. » in Faugeron, C., (dir.) *Les drogues en France. Politiques, marchés, usage*. Paris : Georg.

¹⁴ Dr Serge Brochu, professeur à l'école de criminologie de l'Université de Montréal, témoignage devant le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, Sénat du Canada, première session de la trente-septième législature, 10 décembre 2001, fascicule 12, page 25.

¹⁵ Brochu, S. (1995) *Drogues et criminalité. Une relation complexe*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

¹⁶ Voir là-dessus le chapitre 15.

¹⁷ Lipton, D.S. (1995) *The effectiveness of Treatment for Drug Abusers Under Criminal Justice Supervision*. Washington, DC : National Institute of Justice.

Dans le cas des institutions provinciales, cette situation s'explique par la courte durée des sentences et par les coupures budgétaires dans les institutions correctionnelles au début des années 1990. Dans le cas des institutions fédérales, les programmes de traitement sont offerts mais ils sont loin de suffire aux besoins. De surcroît, il peut être dans une certaine mesure ironique d'offrir des programmes de traitement dans des institutions où les drogues circulent et où il n'est pas rare que les détenus aient accès notamment au cannabis.

Néanmoins, les traitements offerts aux détenus demeurent une composante essentielle d'une réinsertion réussie quand on connaît l'ampleur des problèmes de dépendance aux drogues, surtout les plus dures, et à l'alcool.

Une dernière remarque. Certains intervenants ont fait part d'une observation à l'effet que le maintien au cannabis pourrait, dans certains cas, être un adjuvant à d'autres formes de sevrage et de traitement pour dépendances aux opiacés.¹⁸ Il n'y a – et pour cause ! – aucune étude sur la question à notre connaissance. Rappelons toutefois, comme nous l'avons vu au chapitre 5, que les systèmes cannabinoïdes et les opioïdes sont en interaction complexe et qu'il est permis de penser que la consommation de Δ^9 -THC pourrait induire une réponse dopaminergique susceptible de diminuer le sevrage aux opiacés.

FORMES DE TRAITEMENT

L'étude de Single en 1992 sur les coûts de la consommation abusive d'alcool et de drogues avait estimé à environ 290 millions \$ les dépenses relatives au traitement spécialisé de ces dépendances. Il convient toutefois de préciser que la majeure partie de ces dépenses concerne le traitement de la dépendance à l'alcool : pour le traitement résidentiel, 181 millions \$ étaient dépenses pour l'alcool contre 21 millions \$ pour les drogues illicites, et pour le traitement ambulatoire, 82 millions \$ pour l'alcool et 8 millions \$ pour les drogues.¹⁹

La majorité de ces sommes proviennent des provinces et des territoires. Le gouvernement fédéral finance directement la réadaptation des membres des Premières Nations vivant en réserve, des membres de la GRC et des Forces armées, des détenus en institution fédérale, et des personnes n'ayant pas vécu assez longtemps dans une province pour être admissibles au régime provincial d'assurance-santé.

Ceci dit, les ressources limitées consacrées au traitement des dépendances, de même que des pressions à la hausse en raison du nombre et de la diversité des bénéficiaires, limitent la disponibilité des services.

¹⁸ Ceci nous a été mentionné lors d'une rencontre avec le personnel du Club de compassion de Vancouver.

¹⁹ Single, E., et coll., *op. cit.*, page 42.

« De nombreux organismes ont subi d'importantes compressions au cours des dernières années. Qui plus est, les organismes de lutte à l'alcoolisme et aux toxicomanies sont de plus en plus pressés de s'occuper, par surcroît, des problèmes de jeu compulsif. (...) En outre, la loi C-41, qui stipule qu'un juge peut, à sa discrétion, ordonner à quelqu'un de suivre un traitement, a un effet sur les ressources des services d'évaluation et de traitement. »²⁰

Il n'est probablement pas exagéré de dire que le champ des traitements pour toxicomanie est un champ complètement éclaté. Éclaté entre la pratique individuelle de thérapeutes, les groupes de soutien et d'entraide tels les narcomanes anonymes, ou les communautés thérapeutiques ; entre les approches pharmacologiques, cognitivistes et comportementales, psychanalytiques, humanistes, systémiques ; entre les tenants du libre choix de l'usager et ceux qui favorisent le traitement imposé, c'est toute la variété des approches et des formes qui a cours.

Divers documents récents produits pour Santé Canada en témoignent. Le profil des programmes de traitement indique qu'il existait, en 1998, au moins 1 200 programmes différents et environ 7200 conseillers professionnels à travers le pays.²¹ Ils se répartissent en traitement ambulatoire, traitement de jour ou de soir, traitement en milieu résidentiel de courte ou de longue durée, services d'approche et services de crise. La répartition de ces diverses approches selon les provinces et les territoires permet de voir quelles sont les formes privilégiées.

Services de traitement offerts au Canada²²

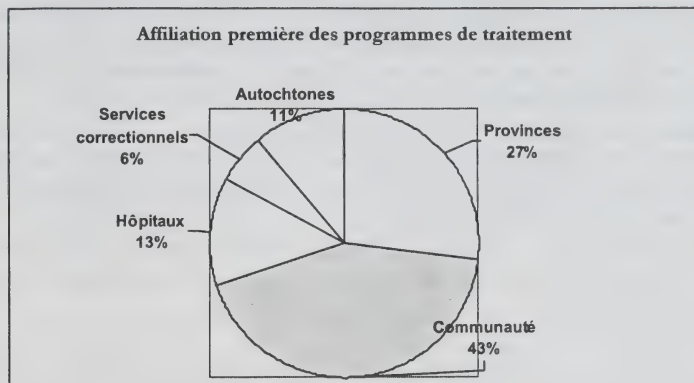
	Ambulatoire	Jour / Soir	Résidentiel court terme	Résidentiel long terme	Approche	Crise	Total
TN&L	13	2	5	0	2	7	29
NE	9	7	7	6	9	4	42
I.P.É.	2	1	1	1	1	2	8
NB	5	3	3	2	3	5	21
Qc	72	52	59	43	48	44	318
Ont	110	55	43	51	61	64	384
Man	12	5	8	10	8	10	53
Sask	24	9	10	5	14	14	76
Alta	41	22	22	13	14	27	139
BC	128	43	39	28	70	77	385
TNO	7	5	3	2	7	7	31
Yukon	2	1	2	0	0	2	7
TOTAL	425	205	202	161	237	263	1493

²⁰ Roberts, G. et A. Ogborne, *op. cit.*, page 25.

²¹ Roberts, G. et A. Ogborne, *op. cit.*, page 6.

²² *Ibid.*, page 8.

L'affiliation première des programmes permet aussi de déceler leur orientation. Pas moins de 43 % des programmes de traitement sont des organismes communautaires. D'où la précarité de leur financement. Au total, les programmes se répartissent comme suit :²³



Les trois formes principales de réadaptation sont les centres de désintoxication, les établissements de courte durée et les établissements de longue durée. Les personnes ayant une dépendance à l'alcool forment entre 60 et 70 % de la clientèle.

Quant aux approches thérapeutiques, 31 % recourent à la confrontation et 40 % à la psychothérapie, mais il existe une grande disparité entre les provinces et territoires ainsi qu'à l'intérieur d'une même province.²⁴

L'EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS

Insistons à nouveau sur le fait que nous ne sommes pas en mesure de discuter spécifiquement des traitements pour dépendances au cannabis. À notre connaissance, aucune étude d'évaluation portant sur l'efficacité de ces traitements n'a été menée. De plus, sur l'ensemble des programmes de traitement et de réadaptation existant au Canada, environ 14 % auraient fait l'objet d'études d'évaluation indépendantes.²⁵

²³ *Ibid*, page 14.

²⁴ *Ibid*, page 20.

²⁵ Roberts, G. et A. Osborne, *op. cit.*, page 15.

Malgré l'absence de données systématiques, il semble permis de dire que les orientations des traitements des dépendances aux drogues sont principalement cognitivistes et comportementalistes. Cognitivistes, ils travaillent surtout à la prise de conscience de l'existence d'un problème de dépendance : informations objectives et mécanismes d'introspection visent à faciliter cette connaissance. Comportementalistes, les traitements visent à faciliter le changement des habitudes de vie. On sait en effet que la consommation de drogues s'inscrit dans un mode de vie, autour d'un groupe de relations, avec fréquentation de lieux spécifiques. La modification des modes de vie contribue à faciliter l'abstinence.

Quelle en est l'efficacité ? La plupart des auteurs qui ont examiné les programmes de traitements aux dépendances s'entendent pour dire qu'au delà des dimensions humanistes du traitement, il existe un bassin de connaissances permettant de conclure qu'ils sont relativement efficaces.

Plus précisément, la plupart des études, notamment des études menées au Québec, démontrent que les personnes qui demandent de l'aide dans les centres de réadaptation s'améliorent.

« (...) les personnes qui entreprennent une démarche de réadaptation dans les services offerts au Québec améliorent leur situation. (...) cette amélioration se maintient pendant la période de six mois à un an qui suit le traitement. Il s'agit d'un résultat positif et rassurant. Il va dans le même sens qu'un très grand nombre d'autres études menées principalement au cours des vingt dernières années. »²⁶

Sur un plan technique, les études ne permettent pas de conclure qu'une approche est plus efficace qu'une autre. Le rapport préparé pour la Stratégie canadienne antidrogue fait état de deux méga synthèses des études d'évaluation de 24 modalités de traitement réalisées aux États-Unis et démontre que les deux groupes de chercheurs, s'ils s'entendent pour reconnaître l'efficacité d'un certain nombre de formes de traitement... ne s'entendent cependant pas parfaitement sur l'ordre. Nous reproduisons la partie du tableau qui concerne les approches les plus efficaces.²⁷

²⁶ Monsieur Michel Landry, *L'impact des traitements offerts au Québec aux personnes toxicomanes*. Mémoire présenté au Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, novembre 2001.

²⁷ Roberts et Osborne (1999) *op. cit.*, page 9. Notons que ces traitements s'appliquent à toutes les dépendances, et que la majorité des études d'évaluation portent sur l'alcoolisme.

Classification des modalités de traitement efficaces selon deux groupes d'auteurs

Indice Holder	Modalité	Modalité	Indice Finney et Monahan
18	Apprentissage social	Appui communautaire	59
17	Cours en maîtrise de soi	Apprentissage social	37
13	Counselling en motivation de courte durée	Psychothérapie conjugale, comportementale	36
12	Psychothérapie conjugale, comportementale	Disulfirame, implants	34
6	Appui communautaire	Psychothérapie conjugale, non comportementale	21
6	Cours en gestion du stress	Cours en gestion du stress	12
3	Disulfirame, oral	Thérapie par aversion chimique	3
3	Thérapie par aversion, sensibilisation cachée	Médicaments psychotropes, antidépresseurs	2

Les études ne nous permettent même pas de conclure que ce soit le traitement en soi qui fasse la différence et, pour certains auteurs, la décision de s'inscrire dans une démarche de traitement, quelle que soit la forme du traitement, serait plus déterminante. Les études ne permettent pas non plus de préciser la durée idéale du traitement, mais il semble qu'au-delà de 9 à 12 mois, les effets plafonneraient. Par ailleurs, il est difficile de déterminer l'impact de l'intensité du traitement (combien d'heures par jour, de jours par semaine).

Enfin et surtout, les impacts positifs portent principalement sur les habitudes de consommation et sur l'état psychologique général. Les traitements auraient cependant peu d'effets sur la réinsertion sociale des personnes, dimension particulièrement importante lorsqu'il s'agit de détenus.

Finalement, le traitement est plus efficace et certainement moins dispendieux que l'incarcération. Au Canada, on estime que le traitement ordonné par un tribunal sur les drogues coûte environ 4 500 \$ par personne tandis que l'incarcération coûte en moyenne 45 000 \$. Même avec un taux de succès de 15 %, il ne fait pas de doute qu'il s'agit d'une mesure à la fois économique pour la société et plus en phase avec les besoins réels des contrevenants qui ont des problèmes de dépendance. Plus généralement, on admet que le rapport coût-bénéfices du traitement a été bien démontré :

« La preuve des avantages économiques du traitement des problèmes de drogues autres que l'alcool provient d'une vaste étude sur le traitement des drogués réalisée aux États-Unis par le collectif Hubbard en 1989. Cette étude réunissait les données provenant de plus de 10 000 usagers de drogues et visait 37 programmes de traitement axés sur trois grandes modalités de traitement : le traitement à la méthadone, le counselling ambulatoire de toxicomanes devenus abstinents et la communauté thérapeutique. (...) Deux mesures de synthèse des coûts avaient été établies, soit d'une part, les coûts pour les citoyens respectant la loi et, d'autre part, les coûts pour la société. Les premiers incluaient les coûts de crimes reliés aux dommages ou pertes matériels, des pertes de productivité dues aux blessures ou

à des inconvénients reliés à la drogue et des procédures de la justice pénale. Les coûts pour la société comprenaient les coûts pour les victimes d'activités criminelles reliées à la drogue, les coûts des procédures de la justice pénale et les coûts engagés au titre d'activités criminelles, à cause des pertes touchant le développement professionnel et la productivité pendant que les usagers de drogues ne gagnent pas un revenu légitime. Les résultats ont révélé que, parmi la population étudiée, les deux catégories de coûts étaient inférieures après le traitement et que les écarts entre les périodes d'avant et d'après traitement excédaient les coûts du traitement. »²⁸

CONCLUSIONS

Conclusions du chapitre 17

- Il convient d'abandonner le terme de toxicomanie et de parler d'abus de substances et de dépendances.
- Entre 5 % à 10 % des usagers réguliers de cannabis seraient à risque de développer une dépendance.
- La dépendance physique au cannabis est à peu près inexistante.
- La dépendance psychologique est modérée et certainement moindre que pour la nicotine ou l'alcool.
- La plupart des usagers réguliers de cannabis se sortiraient d'une trajectoire de dépendance sans avoir besoin de traitement.
- Il existe de multiples formes de traitement mais on ne connaît rien de l'efficacité spécifique des traitements pour les dépendances au cannabis.
- Règle générale, le traitement est plus efficace et moins dispendieux qu'une sentence d'incarcération.
- Il y aurait lieu de mener des études sur les programmes de traitement et notamment sur les traitements des personnes ayant des dépendances au cannabis.
- Il y aurait lieu de mener des études sur l'interaction du système cannabinoïde et du système opioïde.

²⁸ Roberts et Ogborne, (1999) *op. cit.*, page 74.

CHAPITRE 18

OBSERVATIONS SUR LES PRATIQUES

Nous avons jusqu'à présent décrit l'action publique en la découpant selon les grands secteurs d'intervention. Avant de clore cette troisième partie du rapport, nous voulons poser quelques observations d'ensemble qui coupent à travers l'ensemble des champs spécifiques que nous avons examinés. La première de ces observations concerne les difficultés d'une articulation entre les paliers et secteurs d'intervention, la seconde sur la difficulté d'arrimer les approches entre elles, et la troisième sur les coûts des drogues et des politiques publiques.

DES DIFFICULTÉS D'ARTICULATION ENTRE LES ACTEURS

Sans reprendre les débats sur les partages des pouvoirs et des responsabilités entre les divers paliers de gouvernement, il est clair qu'une politique publique sur les drogues illicites, sur le cannabis en particulier, concerne chacun des trois paliers. Les drogues touchent à l'éducation et à la santé (principalement du ressort provincial), à la justice (partagé entre le fédéral et les provinces), à la sécurité des milieux de vie (chacun des trois paliers de gouvernement y joue un rôle), aux relations internationales (relevant du fédéral), voire à la culture et à la science et la recherche (essentiellement du domaine provincial). Pourtant, force est de constater que, sur ce terrain, nous avançons dans le meilleur désordre.

Il existe des mécanismes de coordination. Au niveau le plus formel, le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial des sous-ministres de la Santé a pour fonction de coordonner la stratégie antidrogues. Mais nous connaissons peu de choses de ces discussions privées et de leurs résultats concrets.

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies en est un. Mais il n'a de partenaires équivalents que dans quelques provinces (l'Ontario, le Manitoba, l'Alberta, le Québec bien qu'avec des réserves). Et le Centre n'a pas les budgets, l'infrastructure, voire la légitimité que lui conférerait un rôle clair et fort, pour faire se produire un véritable dialogue national sur la question.

Le partenariat santé – éducation et services de police en est un autre. Créé en 1994 et coordonné par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les

toxicomanies, le réseau de Santé et services de police en partenariat (SSPP) s'inscrit dans une démarche structurée autour de la recherche d'un équilibre entre la réduction de l'offre et de la demande à l'instar de l'approche préconisée par la Stratégie canadienne antidrogue. Le SSPP réunit des intervenants clés des secteurs de la santé et des services de police dans la recherche d'un objectif commun, et englobe d'autres partenaires qui en font partie intégrante tels notamment les secteurs de l'éducation, des services sociaux, des services correctionnels et de la justice. À l'échelle nationale, le Comité directeur du SSPP se compose de représentants de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, de l'Association canadienne des chefs de police (coprésidence), du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (coprésidence), du Service correctionnel du Canada, de la Fédération canadienne des municipalités, de Santé Canada, du ministère de la Justice du Canada, du Centre national de prévention du crime, de la Gendarmerie royale du Canada et du ministère du Solliciteur général. Combien de lecteurs connaissaient l'existence de ce partenariat, même parmi ceux qui sont actifs en matière de drogues ? Combien connaissent quelles en sont les réalisations, les actions concrètes, les bénéfices ?

Nous avons décrit, au chapitre 14, une réponse policière d'application inégale à travers le pays, entre régions, entre provinces et territoires, à l'intérieur même des provinces et territoires, entre villes. Nous avons vu, au chapitre 15, une réponse judiciaire dont tout donne à penser qu'elle est tout aussi différenciée, tout aussi morcelée. Les chapitres 16 et 17 sur les pratiques préventives et de soin respectivement ont démontré le même fractionnement, la même inégalité entre les approches.

Le Canada est une fédération et il est normal que des orientations et des pratiques différentes coexistent. La manière de penser et de vivre les questions du cannabis ne sont pas les mêmes dans la grande région de Vancouver qui a connu une explosion des plantations, qu'au Québec avec ses gangs de motards criminalisés, ou qu'à l'Île-du-Prince-Édouard qui ne connaît à peu près pas de problèmes de production, voire même d'abus de cannabis. Les difficultés des zones centres des grandes villes ne sont pas les mêmes que celles des zones urbaines. Et les populations autochtones vivent, elles aussi, des problématiques spécifiques.

Néanmoins, les difficultés d'articulation entre les niveaux de gouvernement signifient entre autres, concrètement, au quotidien :

- ❖ Qu'une expérience de prévention forte menée dans un coin du pays ne parvient pas aux acteurs d'une autre partie.
- ❖ Que des pratiques thérapeutiques que des évaluations concluantes auraient révélé être inefficaces sont implantées ailleurs faute de la circulation de cette information.
- ❖ Qu'il n'y a pas une infrastructure nationale de connaissance sur les usages et les tendances d'usage : par exemple, les quelques études en milieu scolaire qui sont menées ne sont pas comparables et n'ont pas la même temporalité.
- ❖ Que des villes adoptent des politiques axées sur une société sans drogue tandis que d'autres optent pour une approche de réduction des méfaits.

Par surcroît, que dire de ce grand absent qu'est la société civile, notamment du milieu associatif (les organismes de réadaptation par exemple), mais aussi des groupes d'autosupport des usagers (pensons aux organismes de compassion pour usagers de cannabis aux fins thérapeutiques) dans l'élaboration des politiques publiques.

Sans tomber dans l'hystérie collective qui voudrait que les drogues soient un fléau, ce qu'elles ne sont pas, il n'empêche que la consommation de substances psychoactives, illicites comme licites, et les problèmes de dépendances qui en découlent, concernent tous les citoyens, tous les paliers de gouvernement, partout au pays. Il s'agit donc véritablement d'une *question nationale*. Et si nous admettrons aisément que la santé de notre système de santé, la protection de nos intérêts et de notre sécurité nationale, la qualité de l'éducation, ou la protection de l'environnement, sont autrement plus importants que les drogues, il n'empêche qu'il s'agit tout de même d'une *priorité nationale*. Ce devrait, du moins être le cas. Au delà des conséquences sociales et économiques dont il sera question un peu plus loin, il s'agit d'une priorité parce que la question des drogues touche à l'éducation des enfants et des adolescents, parce qu'elle affecte la qualité et la sécurité dans les milieux de vie, parce qu'elle occasionne des souffrances et des vies perdues. Ce n'est pas tant le cas du cannabis certes, dont les impacts sociaux et économiques n'ont rien de comparable à ceux de l'alcool. Mais nous ne perdons pas de vue que la question du cannabis, tout en appelant un traitement différencié, ne peut être considérée isolément des autres substances psychoactives. Il s'agit bien de créer une véritable politique nationale sur les drogues et les dépendances, au sein de laquelle le cannabis trouvera sa place.

Une meilleure articulation entre les paliers et avec la société civile permettrait de créer les bases d'une vision partagée des enjeux posés par les substances psychoactives, et surtout d'élaborer en commun des indicateurs permettant de mesurer à terme l'efficacité des politiques et des actions.

UN ARRIMAGE DIFFICILE ENTRE LES APPROCHES

Tenant compte des données de recherche que nous avons recueillies sur le cannabis, force est de constater qu'un certain nombre de mythes ont la vie dure. Le cannabis drogue d'escalade, le cannabis dangereux pour les fonctions cérébrales à long terme, le cannabis cause d'échec scolaire, et tant d'autres, ne sont tout simplement pas supportés par les résultats de la recherche.

Nous sommes bien conscients qu'il n'existe pas un consensus entre les chercheurs du monde entier sur ces questions. Et nous sommes conscients aussi de la difficulté de modifier les préconceptions. Lors d'une conférence scientifique internationale qui s'est tenue en Europe en 2002 et dont nous avons rapporté les travaux, il s'est trouvé des intervenants pour conclure que, malgré les consensus qui se dégageaient parmi la communauté des chercheurs, cette connaissance ne comptait pas puisque de toute

façon les pays représentés étaient tous signataires des conventions internationales. Comme quoi on trouve toujours à s'esquiver lorsqu'on refuse la réalité !

Mais au delà, ce n'est peut-être pas tant les acteurs terrain qu'il faudrait pointer du doigt. Les policiers, les intervenants dans les milieux thérapeutiques, sont confrontés, jour après jour, aux conséquences négatives de l'usage de drogues : criminalité et violence pour les uns, déchéance humaine pour les autres. Leur vision des drogues, du cannabis en particulier, est nécessairement colorée par cette expérience de terrain qui les met en contact avec les situations d'abus, la détresse, la violence, les accidents mortels. Mais les usagers qui font une demande de traitement ne sont pas plus représentatifs de la population des usagers de cannabis que ne le sont les jeunes de rue et petits délinquants que les policiers voient au quotidien.

Clairement, il manque un pont, un traducteur, entre les mondes de la production de la connaissance et de la pratique du terrain. Il manque un pont aussi entre les décideurs politiques et les acteurs, et entre eux et la société civile. Même si la recherche est imparfaite, même si nous avons déploré entre autres l'absence d'un véritable système de connaissance national, l'information est là, en quantité, comme nous avons été à même de le constater au cours de nos travaux. Mais elle doit circuler largement. Et surtout, elle doit faire l'objet de débats et de discussions publics. C'est un rôle que le CCLAT devrait jouer si on lui en donnait les moyens. C'est un rôle qu'il n'a jamais eu les moyens d'accomplir.

Les chercheurs portent aussi une part de responsabilité. Ils ne se préoccupent pas toujours ni de la lisibilité de leurs travaux par les décideurs, ni même de leur distribution dans les centres de décision politique et les milieux de la pratique. Ils sont parfois encore pris dans le carcan de leur « liberté académique », considérant que le fait de se mêler aux mondes de la décision et de la pratique risquent de contaminer l'objectivité de leurs travaux. Il n'est pas étonnant alors que les acteurs sur le terrain soient prisonniers de la seule connaissance dont ils disposent, celle que leur pratique leur fournit, et que leurs institutions d'attache ne sont pas nécessairement outillées pour systématiser et mettre en contexte.

Nous avons constaté un clivage important entre les positions des chercheurs et celles de plusieurs praticiens, notamment ceux des milieux policiers et du traitement. Il serait trop facile de réduire aux intérêts corporatistes les prises de position des praticiens. Il y a un travail préliminaire de discussion et d'échanges qui ne se produit pas entre les divers groupes d'acteurs et où trop souvent la « connaissance » issue de la pratique ne trouve pas de légitimité aux yeux des chercheurs, alors même qu'elle attire l'attention des décideurs, des médias et du public généralement.

Sur le terrain, cette difficulté se traduit par des contradictions flagrantes entre les discours et les approches des uns et des autres. Alors que les jeunes entendent parler des bénéfices thérapeutiques potentiels du cannabis et de sa « décriminalisation » ils voient en même temps des opérations policières dans les écoles et assistent à des conférences sur les dangers du cannabis. Alors que les trafiquants sont censés être la cible principale de la répression, ils lisent que des milliers de personnes sont arrêtées

pour possession de cannabis chaque année. Alors que les images de *junkies* happés par l'héroïne circulent dans les médias, ils entendent aussi parler de prescription médicale d'héroïne. Et il arrive encore que des usagers de drogues par injection soient cueillis par des policiers à leur sortie d'une clinique d'échange de seringues. Entre ces discours et pratiques contradictoires, comment s'y retrouver ?

L'arrimage des pratiques est rendu encore plus difficile par le déséquilibre des pouvoirs et des moyens. Les organismes de compassion fournissant du cannabis thérapeutique en ont parlé longuement : la relation qu'ils entretiennent avec les organismes d'application de la loi repose souvent sur une crédibilité bâtie au fil des ans avec quelques policiers, mais ils connaissent pertinemment la précarité de leur statut et qu'ils peuvent « sauter » à tout moment. Les agents de santé publique qui tiennent un discours et implantent une pratique de réduction des risques savent tout aussi bien qu'ils sont à la limite de la légalité et que leurs actions ne font pas l'unanimité. Les chercheurs qui voudraient mener des études sur les applications thérapeutiques du cannabis sont contraints par le système actuel de prohibition.

En matière d'alcool nous avons un système décisionnel susceptible de placer les acteurs des divers secteurs sur un relatif pied d'égalité : entre les régies qui contrôlent les processus de production, distribution et vente, les organismes de santé publique qui travaillent à réduire les comportements à risque et à connaître les déterminants de l'abus, et le système de justice qui intervient pour lutter contre la contrebande et arrêter les personnes irresponsables qui conduisent sous l'influence d'une drogue, il y a une concertation étroite et un dialogue constants. Il y a même des lieux de concertation et de dialogue avec l'industrie. On constate dans l'ensemble une uniformité des pratiques et des discours, ce qui ne signifie pas pour autant que tous les problèmes soient aplanis. Rien de cela en matière de drogues illicites. Des tables de concertation où certains mots ne peuvent être dits, où certaines décisions ne peuvent jamais être prises, où les ressources sont réparties très inégalement entre les acteurs, ne peuvent être que des « arbres à palabres » pour se donner l'illusion qu'il y a une réelle concertation.

DES COÛTS ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX IMPORTANTS¹

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies a publié en 1996, une première étude sur les coûts reliés à l'abus d'alcool, de tabac et de drogues au Canada.² L'estimation des coûts soulève des questions techniques difficiles : Quels aspects faut-il inclure ? Comment mesurer chaque élément ? L'analyse des coûts d'une politique publique sur les drogues repose sur l'hypothèse qu'un certain nombre des coûts sociaux reliés à l'usage des drogues pourraient être réduits voire éliminés. Ces coûts sont au moins de deux ordres : les coûts relatifs aux politiques publiques, principalement les coûts de la prévention et de la répression, ainsi que ceux de l'administration de la politique publique ; et les coûts évitables si les problèmes relatifs à l'abus de substances étaient éliminés, ce qu'on appelle le scénario « contre-factuel ». Les conséquences des drogues sont alors traitées comme coûts sociaux, c'est-à-dire comme réduction du bien-être collectif. Ce qui revient à dire que les consommations de drogues n'entraînent que des coûts sociaux, des externalités en langage économique.

Pourtant, d'une part, les consommations de drogues, qu'on soit moralement en accord ou non importe peu ici, peuvent aussi générer des bénéfices – même s'ils sont à court terme et dans une certaine mesure « irrationnels » – pour les personnes qui les consomment, voire même pour leur entourage. Les personnes hyperactives que l'usage de cannabis calme, celles dont la productivité est améliorée par l'usage de cannabis, celles dont les souffrances psychiques ou physiques sont atténuées et qui peuvent mieux fonctionner, ou tout simplement les usagers qui relaxent le soir ou avant de s'endormir après avoir fumé un joint et qui sont en meilleur état de travailler le lendemain, en sont autant d'exemples. Et ce ne sont pas des usagers exceptionnels.

D'autre part, l'économie souterraine des drogues, pas le trafic à grande échelle mais le trafic de fourmi dans des quartiers défavorisés ou même dans des milieux plus à l'aise, génère aussi des bénéfices économiques et une certaine capacité d'intégration sociale. Des familles entières dépendent des petits trafics de drogues. Des maisons et des voitures, des voyages et des vêtements de luxe, sont achetés « grâce » à la vente de drogues. Prenons un exemple concret : s'il est vrai que l'économie du cannabis seulement en Colombie-Britannique équivaut à 6 milliards \$ par année, supposant qu'une partie importante de ces revenus – disons la moitié – reviennent à des personnes qui sont par ailleurs bien intégrés dans la société et n'appartiennent pas aux milieux criminalisés, c'est dire l'importance de la richesse générée par cette production.

¹ Pour une excellente discussion de ces analyses et de certaines des meilleures études menées en la matière, voir le rapport préparé par la Bibliothèque du Parlement pour le Comité : Jackson, A.Y. (2002) *Le coût de la consommation des drogues et la politique sur les drogues*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement, rapport produit pour le Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, disponible en ligne à : www.parl.gc.ca/drogues-illicites.asp

² Single, E., et coll., (1996) *Les coûts de l'abus de substances au Canada : Une étude sur l'estimation des coûts*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

L'analyse des coûts sociaux, basée sur le seul calcul des externalités, ne tient pas compte de l'économie de la drogue.

Finalement, ce type d'analyses repose sur une autre hypothèse, tout aussi difficile à défendre, selon laquelle les coûts sociaux induits par la consommation de drogues pourraient être investis ailleurs. C'est ce que la théorie économique appelle les coûts d'opportunité. Or, soit, comme dans le cas des coûts policiers, ils seraient vraisemblablement redistribués à l'intérieur de l'organisation, soit on ne peut tout simplement savoir quels autres coûts seraient occasionnés, par exemple, par la substitution à d'autres substances.

Ces précisions faites, l'étude de Single avait produit le tableau suivant³ :

Les coûts totaux pour l'alcool, le tabac et les drogues illicites au Canada, 1992

	Alcool	Tabac	Drogues	Total
1. Coûts directs des soins de santé : total	\$1 300,6	\$2 675,5	\$88,0	\$4 064,1
1.1 la morbidité-hôpitaux de soins généraux	666,0	1 752,9	34,0	2 452,9
- hôpitaux psychiatriques	29,0	--	4,3	33,3
1.2 co-morbidité	72,0	--	4,7	76,7
1.3 service d'ambulance	21,8	57,2	1,1	80,1
1.4 soins à domicile	180,9	--	20,9	201,8
1.5 traitement externe	82,1	--	7,9	90,0
1.6 soins ambulatoires : honoraires des médecins	127,4	339,6	8,0	475,0
1.7 médicaments prescrits	95,5	457,3	5,8	558,5
1.8 autres coûts pour les soins de santé	26,0	68,4	1,3	95,8
2. Pertes directes associées au milieu de travail	14,2	0,4	5,5	20,1
2.1 PAE et programme de promotion de la santé	14,2	0,4	3,5	18,1
2.2 dépistage de consommation de drogues en milieu de travail	N/A	--	2,0	2,0
3. Coûts administratifs directs pour les transferts de paiements	52,3	--	1,5	53,8
3.1 allocations de bien-être et autres programmes	3,6	--	N/A	3,6
3.2 compensation des travailleurs	48,7	--	1,5	50,2
3.3 autres coûts administratifs	N/A	N/A	N/A	N/A
4. Coûts directs pour la prévention et la recherche	141,4	48,0	41,9	231,1
4.1 recherche	21,6	34,6	5,0	61,1

³ Single, E. et coll., (1996) *op. cit.*

RAPPORT DU COMITÉ SPÉCIAL DU SÉNAT SUR LES DROGUES ILLICITES : LE CANNABIS

	Alcool	Tabac	Drogues	Total
4.2 programmes de prévention	118,9	13,4	36,7	168,9
4.3 coûts de formation pour les médecins et les infirmières	0,9	N/A	0,2	1,1
4.4 coûts pour la modification de comportement	N/A	N/A	N/A	N/A
5. Coûts directs de l'application des lois	1 359,1	--	400,3	1 759,4
5.1 policiers	665,4	N/A	208,3	873,7
5.2 tribunaux	304,4	N/A	59,2	363,6
5.3 services correctionnels incluant la probation	389,3	N/A	123,8	513,1
5.4 douanes et accises	N/A	N/A	9,0	9,0
6. Autres coûts directs	518,0	17,1	10,7	545,8
6.1 dommage dû aux incendies	35,2	17,1	N/A	52,3
6.2 dommage dû aux accidents de la circulation	482,8	--	10,7	493,5
7. Coûts indirects : perte de productivité	4 136,5	6 818,8	823,1	11 778,4
7.1 perte de productivité due à la morbidité	1 397,7	84,5	275,7	1 757,9
7.2 perte de productivité due à la mortalité	2 738,8	6 734,3	547,4	10 020,5
7.3 perte de productivité due au crime	--	--	N/A	N/A
Total	7 522,1	9 559,8	1 371,0	18 452,9
Total du % du Produit intérieur brut	1,09%	1,39%	0,20%	2,67%
Total per capita	\$265	\$336	\$48	\$649
Total du % de tous les coûts reliés aux substances	40,8%	51,8%	7,4%	100,0%

L'examen de ces données révèle notamment ce qui suit :

- Les coûts de toutes les drogues illicites représentaient en 1992 près de 1,4 milliards \$ comparativement à 7,5 milliards \$ pour l'alcool et 9,6 milliards \$ pour le tabac.
- Exprimés en pourcentage du produit intérieur brut, la totalité des substances représentait 2,67 % du PIB, soit 0,2 % pour les drogues illicites, 1,09 % pour l'alcool et 1,39 % pour le tabac.
- Le coût principal des drogues illicites correspond aux externalités, c'est-à-dire les pertes de productivité (823 millions \$), les soins de santé (88 millions \$), les pertes en milieu de travail (5,5 millions \$) soit au total environ 67 % des coûts relatifs aux drogues illicites ;
- Les coûts des politiques publiques, ou coûts d'opportunité, représentent environ 33 %.

- Les coûts d'application de la loi représentent 29,2 % de tous les coûts, soit environ 88 % de tous les coûts de politique, le reste étant consacré à la prévention et à la recherche ainsi qu'à l'administration.

Notons que des études antérieures sur les coûts engendrés par les drogues illicites, menées en Colombie-Britannique (1991), Ontario (1988) et au Québec (1988), utilisant des méthodologies différentes, avaient établi des coûts respectivement de l'ordre de 388 millions \$, 1,2 milliard \$ et 2 milliards \$, soit 3,5 milliards \$ pour ces seules trois provinces.⁴ On voit à quel point ces estimations peuvent être variables, selon les choix méthodologiques qui sont faits et la disponibilité des données.

Quoiqu'il en soit, et prenant le standard de l'étude du CCLAT, deux commentaires s'imposent. Premièrement, en ce qui concerne les pertes de productivité, qui est le principal élément de coût, elles sont calculées en mortalité (547 millions \$) et morbidité (275 millions \$). Le cannabis n'est pas – sauf lorsqu'il y a accidents de la route – une cause de mortalité ; en ce sens, le cannabis n'entraîne pas ce type de coût social. La morbidité correspond aux pertes imputables aux difficultés générées par la consommation de drogues qui se traduisent en différence entre le revenu annuel moyen des usagers et celui de la population en général. Deux observations ici relativement au cannabis : une part importante des usagers sont des jeunes qui ne travaillent pas encore ; et d'autre part, le cannabis n'entraîne pas les mêmes problèmes de dépendances que l'héroïne ou la cocaïne avec les troubles conséquents. Il est donc vraisemblable que la part qu'on pourrait imputer au cannabis à cet égard est minime. Selon toute vraisemblance, si l'on suit le mode de calcul des auteurs, **le cannabis en soi entraîne peu d'externalités**, qui sont par ailleurs le principal poste de coûts sociaux des drogues illicites.

Toutefois, il convient de noter que l'étude n'a pas calculé les coûts relatifs à la criminalité reliée aux substances. On sait que l'alcool est associé fréquemment aux délits de violence (au moins dans 30 % des cas) ainsi qu'aux délits de conduite avec facultés affaiblies qui occasionnent des pertes sociales et économiques importantes. En ce qui concerne les drogues illicites, la criminalité est de plusieurs types : évidemment, les réseaux de criminalité organisée ; ensuite les délits contre la propriété commis pour payer le coût des substances, ce qui s'applique essentiellement à l'héroïne et à la cocaïne ; enfin des délits contre les personnes (agressions) commis sous l'influence d'une drogue. À l'exception de la criminalité organisée et de la conduite sous l'influence d'une drogue, le cannabis entre très peu dans les facteurs générant la délinquance.

Deuxième observation. Après les pertes de productivité, le coût principal pour les drogues illicites dans l'étude de Single est celui de l'application de la loi qu'ils estimaient à environ 400 millions \$. Nous avons déjà mentionné aux chapitres 14 et 15 que les coûts policiers et de la justice sont sûrement plus élevés et qu'ils totalisent

⁴ Single, E. et coll., *op.cit.*, page 15.

vraisemblablement entre 1 et 1,5 milliard \$ au total. Comme le disent Single et coll., ce sont des coûts «[traduction] *qui relèvent d'une décision consciente de la part des décideurs politiques, contrairement aux coûts imposés aux systèmes de soin et à l'industrie du fait de la mortalité et de la morbidité induites par la consommation de drogues.* »⁵ Quelle est la proportion reliée au cannabis ? Impossible de le savoir évidemment. Mais dans la mesure où 77 % de tous les délits relatifs aux drogues concernent le cannabis, où 50 % des délits relatifs aux drogues sont pour possession simple, tenant compte du fait qu'une proportion d'environ 60 % des incidents donneraient lieu à une mise en accusation, et qu'entre 10 % à 15 % des accusés recevraient une sentence d'incarcération, c'est dire qu'une proportion importante de l'activité du système de justice pénale en matière de drogues concerne les délits de cannabis. Il est permis de penser, mais nous admettons que ce n'est qu'une estimation grossière, que 30 % de toute l'activité du système de justice pénale porterait sur le cannabis. Sur la base de notre estimation la plus basse des coûts de l'application de la loi, soit 1 milliard \$, c'est donc environ 300 millions \$ par an que coûterait l'application des lois sur le cannabis.

En somme, les principaux coûts sociaux relatifs au cannabis relèvent de choix de politiques publiques, principalement de la criminalisation continue de cette substance, tandis que les conséquences de l'usage de la substance elle-même ne comptent que pour une fraction de l'ensemble des coûts sociaux imputables à l'usage de drogues illicites.

Quant aux coûts de la prévention et de la recherche, ils pâlisent à côté. Single les estimait à environ 42 millions \$ en 1992. C'était à l'époque où la deuxième phase de la Stratégie canadienne sur les drogues battait son plein. Stratégie dont nous avons vu qu'elle n'a plus été financée depuis 1997. Il y a fort à parier que les dépenses de prévention et de recherche, loin d'avoir augmenté, ont probablement diminué tant au total des dépenses que proportionnellement aux coûts sociaux des drogues.

À diverses reprises au cours de notre rapport, nous avons parlé du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, mentionnant tantôt son manque de visibilité et de légitimité, tantôt son manque de ressources – l'un et l'autre étant reliés. Si les coûts économiques et sociaux des drogues illicites « seulement » sont de l'ordre de 1,5 milliard \$, ce qui est certainement un plancher considérant notre estimation des coûts de la seule répression, le budget annuel du CCLAT ne représente que 0,1 % de ces coûts ! Quand on sait que cet organisme est censé faciliter précisément tout ce que nous venons d'observer, en plus que d'être un lieu de connaissance et de dissémination des bonnes pratiques, il y a de quoi se demander si les gouvernements successifs ont été un tant soit peu sérieux. Et encore, nous n'avons même pas inclus dans ce calcul les coûts de l'alcool qui fait partie du champ de travail du CCLAT, et dont on sait qu'ils sont au moins 7 fois plus élevés que ceux des drogues illicites ! C'est pourquoi il est impératif de ramener cette proportion à 1 %, ce qui ne représente jamais qu'une dépense annuelle de 15 millions \$ pour le gouvernement

⁵ Single, E. et coll., (1996) *op. cit.*, page 57.

fédéral, une goutte d'eau dans l'océan, mais susceptible de générer des bénéfices incomparables.

CONCLUSIONS

Conclusions du chapitre 18

Articulation des paliers

- L'absence d'une véritable plate-forme nationale de débats et d'échanges sur les drogues illicites ne permet pas l'élaboration d'objectifs clairs ni d'indicateurs de mesure.
- L'absence d'une plate-forme nationale ne permet pas l'échange de connaissances et de bonnes pratiques.
- Les pratiques et approches varient considérablement entre les provinces et territoires et à l'intérieur d'eux.

Arrimage des approches

- Les contradictions entre les approches des divers acteurs sur le terrain sont source de confusion.
- Les ressources et le pouvoir du domaine de l'application de la loi sont trop importants par rapport à ceux des domaines de la santé, de l'éducation et de la société civile.

Coûts du cannabis

- Les coûts pour l'ensemble des drogues illicites s'élevaient à près de 1,4 milliards \$ en 1992.
- Les coûts évalués à l'époque correspondaient pour 67 % aux externalités (coûts sociaux) et pour 33 % aux coûts de mise en oeuvre des politiques publiques.
- Il s'agit selon nous d'une sous-estimation des coûts des drogues illicites, tant des coûts de mise en oeuvre des politiques publiques que des coûts sociaux.
- Nous estimons que les coûts de l'application de la loi (policiers, judiciaires et correctionnels) sur les drogues sont de l'ordre de 1 à 1,5 milliard \$ par année.
- Le principal coût de mise en oeuvre des politiques publiques relativement au cannabis porte sur l'application de la loi et le système de justice ; nous l'estimons à une somme variant entre 300 et 500 millions \$ par année.
- Les coûts du cannabis en externalités sont vraisemblablement minimales (pas de mortalité, peu d'hospitalisations et peu de pertes de productivité imputables au cannabis).
- Les coûts de mise en oeuvre des politiques publiques relatives au cannabis sont démesurément élevés comparativement aux conséquences sociales et sanitaires de cette substance.

Sous-financement du
Centre canadien de lutte
contre l'alcoolisme et les
toxicomanie

➤ Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies est sous-financé, et son budget annuel ne correspond qu'à 0,1 % des coûts sociaux des drogues illicites seulement (excluant l'alcool). Il faut porter ce budget à au moins 1 % soit environ 15 millions \$ annuellement.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Communication Canada – Publishing
Ottawa, Ontario K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Communication Canada – Édition
Ottawa (Ontario) K1A 0S9

